

**MINISTERIO DE JUSTICIA
MINISTERIO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y
TRANSFORMACIÓN DIGITAL**

**INFORME RAZONADO
PREVISTO POR LA DISPOSICIÓN
ADICIONAL
PRIMERA DE LA LEY 35/2015**

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE VALORACIÓN
DE DAÑO CORPORAL DE LA LEY 35/2015

INFORME RAZONADO

previsto por la Disposición Adicional Primera de la

Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación con el objeto de analizar su puesta en marcha, sus repercusiones jurídicas y económicas y el sistema de actualización del artículo 49.1 LRCSCVM

Grupo de Trabajo de Evaluación *Ex Post* de la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración del Daño Corporal introducido por la Ley 35/2015

Informe razonado previsto por la Disposición Adicional Primera de la Ley 35/2015

Redacción: Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración del Daño Corporal de la Ley 35/2015

Editan:

Ministerio de Justicia
Secretaría General Técnica

Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital
Secretaría General Técnica

© de la presente edición:

Ministerio de Justicia
Calle San Bernardo, 45
28015 Madrid

Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital
Paseo de la Castellana, 162
28046 Madrid



NIPO (edición impresa): 051-20-003-0
NIPO (edición en línea): 051-20-004-X



NIPO (edición impresa): 094-20-018-X
NIPO (edición en línea): 094-20-019-5

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado
<https://cpage.mpr.gob.es>

Centro de Publicaciones, Secretaría General Técnica
Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital
www.mineco.gob.es/portal/site/mineco/publicaciones

Subdirección General de Documentación y Publicaciones
Ministerio de Justicia
<https://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/servicios-ciudadano/documentacion-publicaciones>

Depósito Legal: M-9418-2020
Impreso en España
Maquetación e impresión: Lavel Industria Gráfica, S.A.

Sumario

1. ANTECEDENTES.....	11
1.1 La constitución del «Grupo de Trabajo de Evaluación <i>Ex Post</i> » y de su «Equipo de Apoyo».....	11
1.2 Operativa.....	13
2. ASPECTOS PROCEDIMENTALES.....	19
2.1 La entrada en vigor del nuevo sistema valorativo legal de la Ley 35/2015 y el contexto de su puesta en práctica.....	19
2.1.1. Aspectos de procedimiento: el nuevo art. 7 LRCSCVM.....	19
2.1.2. Los principales problemas planteados por la reclamación previa (art. 7.1 LRCSCVM).....	22
A. Reclamación previa y diligencia del asegurador.....	22
B. La no necesidad de cuantificar la reclamación.....	22
C. Documentación que debe acompañar a la reclamación.....	23
a) <i>Los atestados: acceso, calidad y precio</i>	24
b) <i>La solicitud de documentación</i>	25
D. Desequilibrio en caso de infracción de los deberes impuestos por el art. 7 LRCSCVM.....	27
2.1.3. Los principales problemas planteados en relación con la oferta motivada.....	28
A. Los llamados «ofrecimientos telefónicos».....	28
B. Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración (art. 37 LRCSCVM).....	29
a) <i>La visita y exploración del médico de la entidad al lesionado</i>	29
b) <i>La omisión del «informe médico definitivo» o la entrega de un informe médico inexpresivo o de distinto médico al que le exploró</i>	30
C. El cumplimiento del plazo máximo de 3 meses del art. 7.2 LRCSCVM.....	32
D. Otras posibles malas prácticas.....	32
2.1.4. Principales problemas planteados en relación con la respuesta motivada.....	33
2.1.5. Problemas planteados por la modificación del procedimiento de oferta y respuesta motivada.....	34
2.1.6. Análisis crítico del procedimiento de oferta y respuesta motivada. Medidas complementarias y alternativas.....	35
3. ASPECTOS JURÍDICOS SUSTANTIVOS.....	39
3.1 Reglas generales.....	39
3.1.1. La aplicación de las reglas previstas en el art. 40 LRCSCVM y de las actualizaciones previstas en el art. 49 LRCSCVM.....	39
3.1.2. Indemnización mediante renta vitalicia (arts. 41 y 42 LRCSCVM).....	40
3.1.3. Reglas sobre el fallecimiento del lesionado antes de fijarse la indemnización (arts. 44 a 47 LRCSCVM).....	41

3.2	Reglas sobre el fallecimiento.....	42
3.2.1.	Categorías de perjudicados y perjuicio personal básico.....	42
3.2.2.	La suficiencia o insuficiencia de los derechos que el sistema reconoce a los familiares de los fallecidos.....	46
3.2.3.	La «inexistencia del perjuicio a resarcir» (art. 62.2 LRCSCVM).....	47
3.2.4.	Los perjudicados funcionales o por analogía (art. 62.3 LRCSCVM).....	48
3.2.5.	Los perjuicios particulares en caso de fallecimiento (arts. 68 y ss. LRCSCVM).....	48
A.	Perjuicios particulares más comúnmente alegados.....	48
B.	El perjuicio excepcional.....	52
3.2.6.	Perjuicios patrimoniales: problemas planteados por el cálculo del lucro cesante en los supuestos de fallecimiento.....	53
A.	El cálculo de cuotas en general.....	56
B.	El cómputo de la cuota del conductor culpable que pertenece a la categoría de perjudicados.....	57
C.	Casos en los que existe excónyuge con derecho a pensión compensatoria.....	57
D.	El concepto de «ingresos netos».....	58
E.	La toma en cuenta de pensiones netas en el caso de valoración actuarial individualizada del lucro cesante.....	59
F.	Otros problemas.....	59
3.3	Reglas sobre las secuelas	60
3.3.1.	El baremo médico (arts. 96 y ss. y la tabla 2.A.1)	62
3.3.2.	Los perjuicios particulares por secuelas.....	66
3.3.3.	En especial, el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida (arts. 107-109 LRCSCVM).....	67
A.	El solapamiento de cuantías en los distintos grados	69
B.	La necesidad de clarificar los términos que se utilizan para distinguir los distintos grados (art. 108 LRCSCVM).....	70
C.	El límite de «más de seis puntos» para poder reclamar la pérdida de calidad de vida leve en secuelas (art. 108.5 LRCSCVM).....	71
D.	Los grados de la pérdida de calidad de vida en relación con la incapacidad laboral.....	72
3.3.4.	Daño emergente (gastos) en caso de secuelas.....	73
A.	Los gastos previsibles de asistencia sanitaria futura (arts. 113-114 LRCSCVM).....	73
B.	Gastos percibidos por el lesionado (arts. 115-119 LRCSCVM).....	77
a)	<i>Gastos de prótesis y órtesis (art. 115 LRCSCVM).....</i>	78
b)	<i>Gastos de rehabilitación domiciliaria y ambulatoria (art. 116 LRCSCVM).....</i>	79
c)	<i>Gastos de ayudas técnicas o productos de apoyo (art. 117 LRCSCVM).....</i>	80
d)	<i>Gastos de adecuación de vivienda (art. 118 LRCSCVM).....</i>	81
e)	<i>Gastos por incremento de costes de movilidad.....</i>	81

f) Necesidad de ayuda de tercera persona (arts. 120-125 LRCSCVM).....	82
g) Problemas detectados.....	82
h) Suficiencia de la cobertura y del número de horas. Cómputo de horas.....	83
3.3.5. El lucro cesante y su cálculo (arts. 126-133 LRCSCVM):	
problemas planteados.....	85
A. Problemas conceptuales.....	86
a) «Ingresos netos».....	86
b) «Incorporación al mercado laboral».....	86
c) Dedicación a las tareas del hogar.....	87
B. Reglas de determinación de la pérdida de ingreso en casos de incapacidad permanente total (en particular en relación al art. 129.b) LRCSCVM).....	88
C. Indemnización con dos anualidades la incapacidad parcial o que da lugar a la disminución del rendimiento (art. 129.c) LRCSCVM) y necesidad de la tabla 2.C.6 para determinar la indemnización.....	89
D. Reclamaciones de lucros cesantes extratabulares producidas en la práctica.....	90
E. Salario mínimo interprofesional como referencia de base.....	91
F. La necesidad de una tabla específica para las personas que se dedican en exclusiva a las tareas del hogar que no descuenta una pensión pública que es inexistente.....	91
G. El criterio abstracto de computar el valor de la dedicación parcial a las tareas del hogar como un tercio de la dedicación exclusiva (art.131.3 LRCSCVM).....	92
3.4 Reglas sobre lesiones temporales	93
3.4.1. Datos generales.....	93
3.4.2. Cuestiones generales.....	94
A. Las mal llamadas «secuelas temporales».....	94
B. Clarificación de los términos «casi totalidad» o «algunas» o «la mayor parte» o «una parte relevante» (art. 138 LRCSCVM) para delimitar los distintos grados de pérdida temporal de calidad de vida.....	95
C. La falta de reconocimiento del perjuicio excepcional en lesiones temporales.....	95
3.4.3. Perjuicio patrimonial por lesiones temporales.....	96
A. Daño emergente (gastos).....	96
a) El resarcimiento de la «ayuda de tercera persona temporal» (art. 142.2 LRCSCVM) prestada por familiares.....	97
b) La inclusión de los gastos de letrado dentro del concepto de gastos resarcibles del art. 142 LRCSCVM	98
B. Lucro cesante	99

a) Problemas planteados a la hora de determinar y acreditar el lucro cesante en lesiones temporales	100
C. Traumatismos menores de la columna vertebral (art. 135 LRCSCVM).....	101
a) La aplicación de los llamados «criterios de causalidad genérica» previstos en el art. 135.1 LRCSCVM.....	102
b) Problemas prácticos que dificultan la reclamación de secuelas y su posible resarcimiento en estos casos.....	102
c) Experiencia sobre qué se entiende en la práctica como «Informe médico concluyente» necesario para acreditar la existencia de secuelas.....	103
4. ASPECTOS MÉDICOS SUSTANTIVOS.....	107
4.1 Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración (art. 37 LRCSCVM).....	107
4.1.1. Necesidad de un modelo uniforme de informe médico de valoración del daño corporal.....	107
4.1.2. Entrega de informes médicos a las víctimas y objetividad de dichos informes.....	108
4.1.3. La supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) en esta materia.....	109
4.2 Posibles pruebas complementarias a la exploración del paciente para determinar la existencia de secuelas en los casos de traumatismos menores de la columna cervical (art. 135 LRCSCVM)	111
4.3 Problemas planteados en la aplicación del baremo médico.....	111
4.3.1. Contenido del baremo médico.....	111
4.3.2. Problemas en la aplicación de los arts. 99 (secuelas interagravatorias) y 100 (secuelas agravatorias de estado previo) LRCSCVM.....	113
4.4 La actuación médico-forense.....	113
4.4.1. Las disfunciones creadas por la nueva redacción del art. 7.5 LRCSCVM.....	113
4.4.2. Principales problemas planteados.....	114
A. La utilización en la práctica de la posibilidad de solicitar informe pericial al IMLCF en caso de disconformidad del perjudicado con la oferta motivada prevista en el art. 7.5 LRCSCVM.....	114
B. Incidencia práctica de los informes periciales forenses en la consecución de acuerdos.....	115
C. La limitación de la actuación de los IMLCF a los casos de oferta motivada.....	115
D. Aspectos prácticos relativos a la emisión de peritajes médico forenses.....	116
a) Asistencia de acompañantes a la exploración médico forense de la víctima.....	116

b) <i>Importancia que se da a los peritajes aportados por la víctima y por las entidades</i>	117
c) <i>Problemática planteada por la utilización del llamado «Protocolo Barcelona»</i>	117
d) <i>Obligación de informar al lesionado de quién ha sido el forense designado para atender su caso</i>	117
e) <i>Grado de satisfacción de las víctimas y sus abogados por la actuación de los médicos forenses</i>	118
5. ASPECTOS ECONÓMICO-ACTUARIALES.....	119
5.1 Cálculos relativos al lucro cesante	119
5.1.1. Saltos bruscos en algunas tablas de lucro cesante.....	119
5.1.2. Proyección en los ingresos de lesionados que sufren incapacidad permanente total del incremento de porcentaje que se produce a los 55 años (cf. art. 129.b) LRCSCVM).....	120
5.1.3. Fallecimiento de una víctima de edad superior a la de jubilación (67 años) y que se encontraba en activo en la fecha de su fallecimiento	120
5.2 Discrepancia entre las hipótesis de edad de las bases técnicas actuariales y la realidad y la necesidad de dar entrada al cálculo individualizado.....	121
5.3 Cuestiones relativas a algunas tablas técnicas (TT2 y TT3)	122
5.3.1. La tabla TT2.....	122
5.3.2. La tabla TT3.....	123
5.4 Necesidad de modificar algunas hipótesis actuariales	123
5.4.1. La deducción de las prestaciones de dependencia en las indemnizaciones de ayuda de tercera persona (tabla 2.C.3).....	123
5.4.2. Incorporación de alguna hipótesis adicional o de alguna modificación en la formulación del cálculo del lucro cesante o de necesidad de ayuda de tercera persona	124
5.4.3. La revisión periódica del conjunto de hipótesis económico-financieras de las bases técnicas actuariales	126
6. IMPACTO DEL NUEVO BAREMO.....	127
6.1 Impacto Ex Ante de la entrada en vigor del nuevo sistema valorativo legal de la Ley 35/2015.....	127
6.2 Impacto Ex Post de la entrada en vigor del nuevo sistema valorativo legal de la Ley 35/2015	129
6.3 Conclusiones sobre el impacto del baremo.....	139
7. CONCLUSIONES.....	143
7.1 Sobre la valoración global del nuevo sistema legal para la valoración del daño corporal (SLVDC).....	143
7.2 Sobre la identificación y número de los aspectos a revisar y mejorar.....	143
7.3 Sobre el impacto económico del nuevo SLVDC.....	144
7.4 Sobre el SLVDC como contexto idóneo para la consecución de acuerdos amistosos.....	145

7.5	Sobre el efecto de las recomendaciones de la Comisión de Seguimiento (CS) contenidas en la Guía de Buenas Prácticas (GBP).....	145
7.6	El SLVDC como referencia.....	145
8.	RECOMENDACIONES.....	147
8.1	RECOMENDACIONES POR UNANIMIDAD.....	147
8.1.1.	Incorporación a la Ley o a textos normativos de rango inferior de propuestas de la Guía de Buenas Prácticas (GBP).....	147
8.1.2.	Necesidad de establecer plazos máximos para la visita de exploración del lesionado por parte del IMLCF y de ajustarse a la controversia.....	147
8.1.3.	Deber de facilitar gratuitamente y de modo accesible los atestados.....	148
8.1.4.	El deber de comunicación de la denuncia penal y su valor como reclamación previa prevista por el art. 7.1 LRCSCVM.....	148
8.1.5.	Entidad de los pagos a cuenta.....	148
8.1.6.	Buena fe procesal en relación con la obligación de aportar informe médico definitivo de los arts. 7.3.c) y 7.4.b) LRCSCVM.....	149
8.1.7.	Posibilidad de la víctima de acudir a los IMLCF en los supuestos de respuesta motivada por la inexistencia de lesiones.....	149
8.1.8.	Inexistencia de necesidad de reclamación previa cuando se aporta oferta o respuesta motivada.....	149
8.1.9.	Estudio del uso de la plataforma SDPLEX.....	149
8.1.10.	Modificación de la LEC para facilitar el acceso de las víctimas a la justicia e incentivar la solución extrajudicial de conflictos.....	150
8.1.11.	Unificación de la terminología legal relativa a los informes médicos.....	150
8.1.12.	Ampliación del plazo del tratamiento médico y psicológico del art. 36.3 LRCSCVM.....	151
8.1.13.	Indemnización por secuelas en caso de fallecimiento del lesionado tras la estabilización de las secuelas y antes de fijarse la indemnización (art. 45 LRCSCVM).....	151
8.1.14.	Revisiones periódicas de las bases técnicas actuariales del art. 48 LRCSCVM.....	151
8.1.15.	Actualización de acuerdo con el IPC.....	151
8.1.16.	Necesidad de distinguir entre actualización y modificación de bases técnicas en el art. 49 LRCSCVM.....	152
8.1.17.	Ampliación de las definiciones incluidas en la sección segunda del capítulo I del título IV de la LRCSCVM.....	152
8.1.18.	Corrección de la indemnización del perjuicio extrapatrimonial por fallecimiento de su progenitor que sufren los hijos a partir de los 30 años (art. 65, y tabla 1.A LRCSCVM).....	152
8.1.19.	Perjuicio particular por el fallecimiento de dos o más perjudicados del art. 62 LRCSCVM en el mismo accidente, con la excepción de los allegados.....	153

8.1.20. Perjuicio particular por pérdida de feto de más de 32 semanas de gestación.....	153
8.1.21. Modificación del art. 83 LRCSCVM: Supresión de la expresión «natural» y «naturales».....	153
8.1.22. Modificación del art. 87.2.b) LRCSCVM en relación con la cuota del cónyuge separado o excónyuge que tengan derecho a pensión.....	154
8.1.23. Estudio de la modificación del sistema de la variable relativa a la cuota del perjudicado establecido por el art. 87 LRCSCVM.....	154
8.1.24. Clarificación del carácter de no perjudicado del conductor responsable del accidente en caso de fallecimiento de la víctima.....	154
8.1.25. Modificación del art. 88.4 LRCSCVM relativo al cálculo de las indemnizaciones por lucro cesante por el fallecimiento de víctimas dedicadas a las tareas del hogar.....	155
8.1.26. Corrección de la redacción de la fórmula contenida en el art. 98 LRCSCVM respecto al orden del cálculo de las secuelas concurrentes.....	155
8.1.27. Grados de perjuicio estético del art. 102.2.a) LRCSCVM.....	156
8.1.28. Modificación de los puntos requeridos para dar lugar al perjuicio particular de daños morales complementarios por perjuicio estético.....	156
8.1.29. Grados del perjuicio moral por pérdida de calidad de vida (art. 108 LRCSCVM).....	156
8.1.30. Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida y la limitación en caso de perjuicios leves.....	157
8.1.31. Perjuicio sexual de cónyuge o pareja de hecho del lesionado.....	157
8.1.32. Corrección de errata del art. 113.1 LRCSCVM respecto a la remisión interna del artículo.....	157
8.1.33. Inclusión en el art. 116.1 LRCSCVM de las amputaciones en la rehabilitación domiciliaria y ambulatoria siempre que médicamente se precise.....	158
8.1.34. Modificación del art. 116.4 LRCSCVM, con añadido de la referencia a las tetraplejias por debajo de C4 y con supresión de la referencia de cantidad y remisión a la tabla correspondiente.....	158
8.1.35. Adición al art. 117 LRCSCVM relativo a las ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal de un nuevo apartado cuatro con la redacción que se indica.....	158
8.1.36. Determinación del número de horas necesarias de ayuda de tercera persona del art. 123 LRCSCVM.....	159
8.1.37. Incremento del porcentaje de perjuicio por lucro cesante en caso de incapacidad total previsto en el art. 129.b) LRCSCVM.....	159
8.1.38. Necesidad de clarificación del concepto de lesionado «pendiente de acceder al mercado laboral menores de treinta años» del art. 130 LRCSCVM.....	160

8.1.39.	Necesidad de clarificar el art. 131.2 LRCSCVM relativo al multiplicando en caso de lesionados con dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar	160
8.1.40.	Modificación del art. 132.5 LRCSCVM relativo al cálculo de las indemnizaciones por lucro cesante por secuelas de lesionados dedicados a las tareas del hogar.....	161
8.1.41.	Adición de un nuevo apartado del art. 141 LRCSCVM, en materia de gastos de asistencia sanitaria.....	161
8.1.42.	Propuesta de supresión de las limitaciones relativas a la indemnización del lucro cesante en lesiones temporales en los casos de dedicación a las tareas del hogar, a fin de evitar una posible discriminación indirecta por razón de sexo	162
8.1.43.	Adición de un nuevo inciso en el art. 134.1 LRCSCVM, que define las lesiones temporales, para incluir la valoración como lesiones temporales de los «síntomas persistentes temporales» que actualmente figuran como una nota en la tabla 2.A.1 con el nombre de «secuelas temporales».....	163
8.1.44.	Propuesta de revisión de algunos aspectos del baremo médico.....	163
8.1.45.	Cálculo de los coeficientes actuariales de conversión de la renta vitalicia conforme a la tabla técnica TT1.....	164
8.1.46.	Tabla Técnica de coeficientes de capitalización de prótesis y órtesis (TT3).....	164
8.1.47.	Recomendaciones respecto a la modificación de las bases técnicas actuariales, prevista en el art. 48 LRCSCVM.....	165
8.1.48.	Criterios de proyección actuarial.....	168
8.1.49.	Pensiones netas	168
8.1.50.	Indemnización mínima por lucro cesante.....	168
8.2	Recomendaciones particulares.....	168
8.2.1.	Propuesta para que se promueva la modificación del art. 764.3 LECrim.....	168
8.2.2.	Los topes o límites al daño emergente en los arts. 115 a 119 LRCSCVM.....	169
8.2.3.	Adición de un art. 145 LRCSCVM relativo a la introducción del perjuicio excepcional en lesiones temporales.....	170
8.2.4.	Los límites al daño patrimonial en el sistema de valoración	170

1. ANTECEDENTES

1.1 La constitución del «Grupo de Trabajo de Evaluación Ex Post y de su «Equipo de Apoyo»

- 1.1. La disposición adicional primera de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, establece en su apartado primero que:
 - 1.2. Por orden de los Ministros de Justicia y Economía y Competitividad, a propuesta de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, se creará una Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración en el plazo máximo de un año a partir de la aprobación de esta ley, con el objeto de analizar su puesta en marcha, sus repercusiones jurídicas y económicas y el sistema de actualización del apartado 1 del artículo 49 contenido en su artículo único. En la composición de la Comisión participarán las asociaciones de víctimas y las entidades aseguradoras, con igual número de miembros entre ellas.
 - 1.3. Añade en su apartado segundo que:
 - 1.4. Además de las consultas y sugerencias que evacue desde su creación, dicha Comisión deberá emitir en el plazo máximo de tres años, contados a partir de la entrada en vigor de esta ley, un informe razonado que incluya el análisis mencionado en el apartado anterior y sugerencias para la mejora del sistema.
 - 1.5. La Comisión de Seguimiento, presidida con carácter rotatorio por los Ministerios de Economía, Industria y Competitividad (hoy, Asuntos

Económicos y Transformación Digital) y de Justicia, se constituyó en abril de 2017 y creó en su seno varios Grupos de Trabajo, siendo uno de ellos el Grupo de Trabajo de Evaluación Ex Post (GTEEP)¹.

- 1.6. En sucesivas reuniones de la Comisión de Seguimiento (CS) llevadas a cabo durante los primeros meses de 2018 se manifestó la posibilidad de recabar la colaboración de la Red de Excelencia «Red Temática sobre Derecho de Daños (DER2016-81751-REDT)» y del Instituto de Derecho Privado Europeo y Comparado de la Universidad de Girona (UdG) que dirige el Profesor Miquel Martín Casals quien, a su vez, es miembro de la CS y preside dicho Grupo de Trabajo. Además de otros investigadores adscritos a la misma universidad², forman parte de dicha Red Temática investigadores de las Universidades de Zaragoza, Lleida, Pablo Olavide de Sevilla y Carlos III de Madrid³.
- 1.7. Tras consultar con los miembros de la Red Temática, la Red ofreció su colaboración a la CS para contribuir a la realización de la evaluación ex post que prevé la Disposición Adicional Primera de la Ley 35/2015. Dicho ofrecimiento se complementó con la colaboración de otros apoyos del mundo universitario que no forman parte de la Red Temática, como los investigadores de la Universidad de Málaga que han colaborado

¹ Forman parte de este grupo de trabajo los Sres. Manuel Mascaraque Montagut y Luíís Bermudez Odriozola, en representación de UNESPA; Alejandro Izuzquiza Ibáñez de Aldecoa, en representación del Consorcio de Compensación de Seguros; José Pérez Tirado y Oscar Moral Ortega, en representación de las Asociaciones de Víctimas; Luis M^a Sáez de Jáuregui Sanz, como actuario profesor de universidad con título de doctor, y Javier López García de la Serrana, en representación de la Asociación Española de Abogados Expertos en Responsabilidad Civil y Seguro. Preside el grupo de trabajo Miquel Martín Casals, Catedrático de Derecho Civil en la Universidad de Girona. El grupo de trabajo ha contado con la colaboración y coordinación de la Secretaria de la Comisión de Seguimiento, Ana García Barona, en representación de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

² Principalmente, los Dres. Jordi Ribot Igualada, Catedrático de Derecho Civil; Josep Solé Feliu, Catedrático acreditado de Derecho Civil y Albert Ruda González, Profesor Agregado de Derecho Civil.

³ María Ángeles Parra Lucán, Catedrática de Derecho Civil de la Universidad de Zaragoza; Antoni Vaquer Aloy, Catedrático de Derecho Civil de la Universidad de Lleida; Francisco Oliva Blázquez, Catedrático de Derecho Civil de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla y Pedro del Olmo García, Profesor Titular de Derecho Civil de la Universidad Carlos III de Madrid.

como expertos en temas actuariales⁴, y otras personas ajenas al mundo universitario que la CS consideró que podían aportar su valiosa experiencia⁵.

- 1.8. Todos ellos han constituido lo que se ha dado en llamar el «Equipo de Apoyo» al Grupo de Trabajo de Evaluación Ex Post (GTEEP) de la CS, que para poder llevar a cabo sus tareas ha contado con una colaboración económica de OFESAUTO, que ha servido para establecer convenios de cooperación educativa para poder obtener la colaboración de estudiantes de las diversas universidades que participaban en el proyecto, y que también se han integrado en el Equipo de Apoyo⁶, y para financiar los gastos que ha generado la realización del proyecto. Aparte de los estudiantes adscritos al Proyecto mediante dichos convenios, los demás miembros del Equipo de Apoyo han realizado su trabajo de modo desinteresado, sin percibir ni remuneración ni dietas de ningún tipo.

1.2 Operativa

- 1.9. Los trabajos del «Equipo de Apoyo» han consistido en la recopilación y organización de información que de modo principal se ha articulado en torno a dos instrumentos, la realización de encuestas y la organización de paneles informativos con la participación de destacados profesionales de los distintos sectores implicados en la aplicación del nuevo sistema valorativo legal.
- 1.10. El cuestionario ha pretendido indagar, de una forma exhaustiva y sistematizada, sobre los distintos aspectos en los que ha incidido

⁴ Rafael Moreno Ruiz, Profesor Titular de Finanzas Cuantitativas y Técnicas Actuariales; Olga Gómez Pérez-Cacho, Profesora Titular de Escuela Universitaria de Finanzas Cuantitativas y Técnicas Actuariales y Eduardo Trigo Martínez, Profesor Contratado Doctor de Finanzas Cuantitativas y Técnicas Actuariales, todos ellos de la Universidad de Málaga.

⁵ Cándido Hernández Martín, abogado, y María Cruz Aparicio Redondo, Magistrada.

⁶ Paula Martínez Gomila y Ruben Hernández Campoy (Universidad de Girona); Felipe Eduardo Oyarzun Vargas (Universidad Carlos III de Madrid); Gonzalo Muñoz Gómez (Universidad Pablo Olavide de Sevilla) y Cristóbal Silva Sierra (Universidad de Málaga).

la aplicación práctica del sistema legal de valoración, distinguiendo entre los aspectos relativos al procedimiento para la gestión de las indemnizaciones y los aspectos sustantivos. La parte procedimental se ha centrado en aspectos como la reclamación previa, la oferta motivada, la respuesta motivada, la mediación extrajudicial etc. Dentro de los aspectos sustantivos se han abordado aspectos regulatorios (determinación de las indemnizaciones en los casos de fallecimiento, lesiones permanentes o secuelas y lesiones temporales; conceptos de perjuicios extrapatrimoniales básicos, particulares y excepcionales; perjuicios patrimoniales relativos al daño emergente y al lucro cesante, etc.); aspectos sustantivos de naturaleza médica (deber de colaboración recíproca, valoración médica e informes médicos de seguimiento y definitivos, intervención médico-forense en casos de discrepancias valorativas, etc.) y aspectos económico-actuariales.

- 1.11. La distribución de los cuestionarios se llevó a cabo a través de los representantes de los distintos intereses presentes en el GTEEP. En total, respondieron al cuestionario 286 personas pertenecientes a los diversos colectivos relacionados con la aplicación del sistema⁷.

RESPUESTAS A LOS CUESTIONARIOS	
Entidades	20
Consortio de Compensación de Seguros	
Delegaciones Territoriales	10
Letrados	4
Peritos médicos	8
Abogados	81
Asociaciones de Víctimas	
Asociaciones	6
Abogados	121
Peritos médicos	8
Actuarios	12
Médicos Forenses	16
	286

⁷ No se han incluido en el informe las respuestas al cuestionario de otros sectores, como por ejemplo el judicial, ya que solo se recibieron siete respuestas en total.

1.12. Instrumento igualmente esencial para la realización de la evaluación han sido las entrevistas con destacados expertos vinculados a cada uno de los sectores implicados en la aplicación del sistema valorativo legal. Los miembros de los paneles fueron consensuados por la CS, y aunque están vinculados a los distintos intereses, actúan a título individual. Las entrevistas han tenido lugar en forma de panel de expertos. Así, se han podido formar los siguientes paneles:

- responsables de daños corporales de entidades aseguradoras⁸;
- miembros de asociaciones de víctimas⁹;
- miembros de la abogacía¹⁰;
- miembros de la carrera judicial y fiscal¹¹;
- médicos valoradores de daño corporal¹²;

⁸ Ignacio Pérez Postigo (Mapfre), Carlos Miranda Paul (Pelayo); Ángel Maya Castaño (Allianz); Charo Alonso González (Línea Directa); Trinidad Martínez Díez (Consortio de Compensación de Seguros) y José Antonio Badillo Arias (Consortio de Compensación de Seguros).

⁹ Alfonso José Triviño Fernández (Secretario General de la Asociación de Ciclistas Profesionales); Don Francisco Parres Rodríguez (Especialista en Derecho de la Circulación y Daños. Representante de #PorUnaLeyJusta), David de la Llave Llorens (Abogado. Colaborador de la Asociación PAT-APAT) y Rosa de Pinto Lorente (Abogada. Colaboradora de la Asociación ASPAYM). Después de haber confirmado su asistencia, pocos días antes manifestó su voluntad de no asistir Francisco Canes Domenech, (Presidente de la Asociación de Víctimas DIA), por lo que no fue posible dar voz en el panel a otro representante de AAVV que le sustituyera.

¹⁰ José Manuel Conejo Ruíz (Consejo General de la Abogacía Española (CGAE); Juan Godofredo Giménez Díaz (Asociación de Abogados de Víctimas (ADEVI); Xavier Coca Verdaguer (Presidente de la Sección de Derecho de la Circulación del ICAB); Sofía Ciudad de las Pozas (Presidenta de la Sección de Responsabilidad Civil y Seguro, ICAM) y Mario de las Heras Simón (Fundación AVATA / Recursos Legales).

¹¹ María José Rivas Velasco (Magistrada titular del Juzgado de 1ª Instancia nº 14 de Granada); Juan José Pereña Muñoz (Fiscal Jefe, Fiscalía Provincial de Salamanca); Gonzalo Sancho Cerda (Magistrado 1ª Instancia nº 1 de Torrente, Valencia); Edmundo Rodríguez Achutegui (Magistrado, Audiencia Provincial de Vizcaya, Sec. 4ª) y Jordi Seguí Puntas (ex Presidente de la Sección 16. Audiencia Provincial de Barcelona y miembro del TSJC).

¹² Victoria Bares (Mutua Madrileña); Julio Caballero (Mapfre); Susana Polo Cano (FEDACE - Neuropsicóloga Clínica - Especialista en Daño Cerebral); Carlos Repesas Vázquez (Médico valorador, colaborador del Consortio de Compensación de Seguros, A Coruña); Javier Gorrioz Quevedo (Especialista en Traumatología, Barcelona).

- médicos forenses¹³ y
- actuarios¹⁴.

- 1.13. Las entrevistas han tenido lugar en la sede del Consorcio de Compensación de Seguros (CCS) los días 3, 4, 10 y 11 de diciembre de 2018. Cada panel se ha iniciado preguntando a cada entrevistado cuáles consideraban que eran los aspectos positivos y negativos del nuevo sistema valorativo y, tras sus respuestas, otro panel de entrevistadores compuestos por miembros de la CS y del Equipo de Apoyo ha formulado preguntas que los entrevistados han ido respondiendo a lo largo de dos horas y media. Las entrevistas han sido filmadas y las intervenciones de cada uno de los paneles han sido transcritas por miembros del Equipo de Apoyo para su análisis posterior.
- 1.14. Este informe se basa fundamentalmente en la información aportada por las respuestas a los cuestionarios mencionados y en la que ha ido aflorando en las intervenciones de los expertos que han participado en los distintos paneles. Sin su generosa colaboración este informe no hubiera sido posible por lo que la CS agradece su participación.
- 1.15. El informe también tiene en cuenta la información aportada a junio de 2019 por TIREA (Tecnologías de la Información y Redes para las Entidades Aseguradoras), a petición de la CS, en tres informes titulados «Informe de seguimiento de la frecuencia y características siniestros del nuevo baremo de automóviles», relativos a siniestros ocurridos en 2016, 2017 y 2018. Los informes tienen por objeto describir la frecuencia y características de los siniestros con daños corporales a partir de

¹³ Rafael Bañón González (Presidente del Consejo Médico Forense); Amadeo Pujol Robinat (Jefe de Servicio de la Clínica Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Cataluña); Enrique Fernández Rodríguez (Presidente de la Asociación Nacional de Médicos Forenses); Julio Guija Villa (Jefe de Servicio de Psiquiatría Forense. Instituto de Medicina Legal de Sevilla); Lluïsa Puig Bausili (Jefe de la Sección de Valoración del Daño Corporal del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Barcelona).

¹⁴ Alicia Meco del Olmo (Instituto de Actuarios Españoles); Iñaki de la Peña Esteban (Euskal Herriko Aktuarioen Elkargoa [Colegio de Actuarios del País Vasco]); Olga Torrente Pascual (Col·legi d'Actuaris de Catalunya); Fernando Peribañez Ayala (UNESPA) y Belén Soriano Clavero (Consorcio de Compensación de Seguros).

la entrada en vigor del nuevo baremo con datos que se han extraído de la Base de Datos que a tal efecto se ha construido en TIREA, la cual es alimentada semestralmente por las entidades aseguradoras que han accedido a participar en este proyecto y que representan aproximadamente en cada uno de los ejercicios el 90% del mercado nacional en primas.

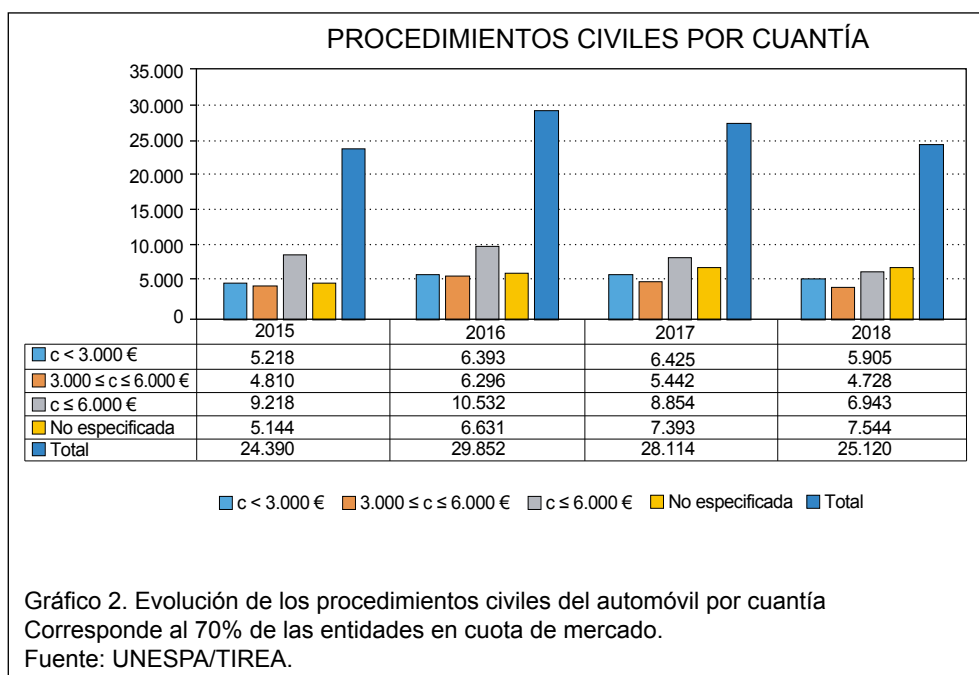
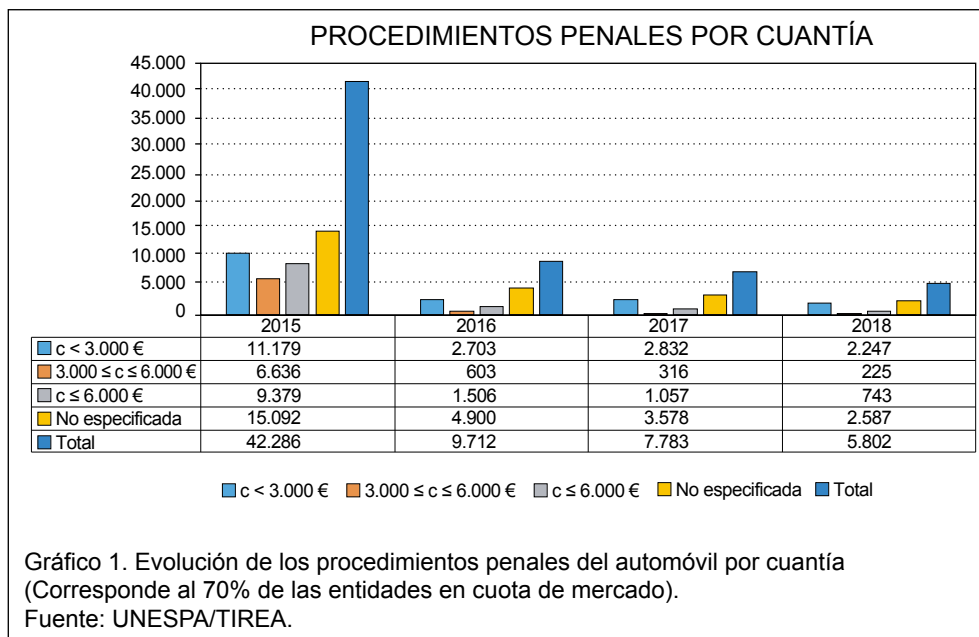
- 1.16. Los datos que se van a presentar a lo largo del informe tienen un grado de madurez diferente en función del año de ocurrencia del siniestro. De esta manera, los datos del 2016 y 2017 se consideran suficientemente maduros. En 2016, el 91,5% de las víctimas aparecen en la situación de expedientes cerrados y en el año 2017 el 88,8%. Los del 2018 se consideran no maduros, ya que solo un 59% de los expedientes se encuentran cerrados e incluso todavía podría haber algún siniestro no declarado. Por este motivo, por regla general, no se realizan comentarios sobre los datos de 2018.
- 1.17. Por lo demás, el Grupo de Trabajo de Evaluación Ex Post de la CS y su Equipo de Apoyo, se ha limitado a recabar información complementaria para intentar llenar lagunas y vacíos.

2. ASPECTOS PROCEDIMENTALES

2.1 La entrada en vigor del nuevo sistema valorativo legal de la Ley 35/2015 y el contexto de su puesta en práctica

2.1.1. Aspectos de procedimiento: el nuevo art. 7 LRCSCVM

- 2.1 Es bien sabido que el Borrador del nuevo sistema valorativo legal que elaboró la Comisión de Expertos y que, con muy pocas modificaciones, se incorporó finalmente al texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, no incluía las reformas correspondientes a los arts. 7, 13 y 14 LRCSCVM.
- 2.2 Anteriormente el Gobierno había impulsado la despenalización de las faltas para aligerar la saturación con la que se encontraban los juzgados de instrucción. El juicio de faltas comportaba un mecanismo sencillo, expedito, barato para los lesionados y cómodo para sus representantes, pero imponía unos costes públicos y una gran carga de trabajo. Para intentar paliar que el ahorro de costes para el erario público no provocara un correlativo incremento de los costes privados a cargo de las víctimas debidos a la judicialización en vía civil, en el trámite parlamentario se introdujo en dichos artículos una serie de medidas tendentes a potenciar una rápida resolución extrajudicial de conflictos.
- 2.3 En los siguientes gráficos se puede observar la evolución de los procesos judiciales en materia de automóvil, con un notable descenso en los procedimientos en vía penal (Gráfico 1), que no comporta un correlativo aumento en los procesos civiles (Gráfico 2), por lo que es de suponer que se han incrementado las soluciones de controversias por



la vía extrajudicial del mecanismo de la oferta y respuesta motivadas del art. 7 LRCSCVM.

- 2.4 Así, por ejemplo, la introducción en el art. 7 LRCSCVM de la llamada «reclamación previa» tenía por objeto no solo evitar situaciones en las que las entidades tenían noticia del siniestro mediante la notificación de la demanda, sin que hubiera habido ninguna comunicación por parte del lesionado, sino establecer también con carácter preceptivo un «requisito de procedibilidad» que obligara a las víctimas a transitar por el camino de la negociación del mecanismo de la oferta y respuesta motivadas antes de poder acudir a los tribunales o a la nueva vía de la mediación, que señalaba por primera vez el art. 14 LRCSCVM. Para facilitar ese camino, y evitar tener que prescindir de los servicios que la medicina forense prestaba a los lesionados en accidentes de circulación, el texto legal intentó definir un nuevo marco de actuación del médico forense ajeno a su hábitat natural del procedimiento penal. En este sentido, señaló en el primer párrafo del art. 7.5 LRCSCVM que «[E]n caso de disconformidad del perjudicado con la oferta motivada, las partes, de común acuerdo y a costa del asegurador, podrán pedir informes periciales complementarios, incluso al Instituto de Medicina Legal siempre que no hubiese intervenido previamente» y añadía, en su párrafo segundo que «[E]sta misma solicitud al Instituto de Medicina Legal podrá realizarse por el lesionado aunque no tenga el acuerdo de la aseguradora, y con cargo a la misma». Por lo tanto, desplazaba el coste de la actuación del médico forense del sector público al sector privado, si bien lo cargaba a las entidades y no a las víctimas. Finalmente, el último inciso de este párrafo, al señalar que «[E]l Instituto de Medicina Legal que deba realizar el informe solicitará a la aseguradora que aporte los medios de prueba de los que disponga, entregando copia del informe pericial que emita a las partes», convertía a los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (en adelante IMLCF) en gestores de unos trámites que hasta entonces habían llevado a cabo los juzgados.

2.1.2. Los principales problemas planteados por la reclamación previa (art. 7.1 LRCSCVM)

A. Reclamación previa y diligencia del asegurador

- 2.5 Según las entidades, es una práctica generalizada (en su mayoría la cifran en torno al 85% de los casos) iniciar contactos con el lesionado cuando se tiene conocimiento del accidente aunque no haya reclamación previa. El CCS indica que contacta en menos casos (el 56%), lo que se explica por la propia naturaleza de los siniestros que cubre en sus funciones como Fondo de Garantía, en especial en los casos de accidentes ocasionados por vehículos sin seguro y desconocidos, en los que no interviene un asegurado que comunica con rapidez el accidente a su aseguradora.
- 2.6 Respecto al ejercicio del deber de diligencia de la entidad aseguradora previsto en el art. 7.2 LRCSCVM, las respuestas varían un poco más, y se reconoce que en algún caso no se actúa con suficiente agilidad pese a conocer la existencia del siniestro. La evidencia no es concluyente, pues hay diferentes respuestas tanto en entidades aseguradoras como en el sector de las víctimas. No obstante, para el sector de las víctimas es un problema que la ley no imponga a la entidad aseguradora la obligación de comunicar a la víctima la apertura del expediente cuando conoce la existencia de lesiones y datos del lesionado.
- 2.7 Las entidades indican que, en la mayoría de los casos, no esperan a recibir la reclamación previa para realizar la oferta o respuesta motivada, si bien la mayoría de las entidades responden que lo hacen antes de los tres meses contados desde la declaración del siniestro.

B. La no necesidad de cuantificar la reclamación

- 2.8 En relación con la cuantificación de la reclamación, tanto las entidades aseguradoras como el sector de las víctimas parecen coincidir en la validez de la reclamación no cuantificada y su aceptación en la práctica. Varias voces destacan en el panel de magistrados y fiscales que debería regularse con claridad que la víctima puede reclamar sin

necesidad de cuantificar. Para intentar paliar ese vacío y haciéndose eco de lo que ya era un sentir común en 2017, los Acuerdos de la CS de 14 de septiembre de ese año establecieron que:

- 2.9 «[D]ado que de acuerdo con el art. 7.1 LRCSCVM no corresponde al perjudicado llevar a cabo la cuantificación de su reclamación, la buena práctica exige admitir la reclamación extrajudicial previa que no contenga la cuantificación de la indemnización que se solicita, incluso en el caso de que el reclamante disponga de todos los elementos para poder calcularla y cuantificarla» (Punto 2:1:2 Guía de Buenas Prácticas, en adelante GBP).
- 2.10 Ante una simple reclamación, las entidades señalan que en un elevado porcentaje de casos se realiza la oferta o la respuesta motivada con base en los datos que constan y también que piden ver al lesionado para poder realizarla. El CCS señala de modo unánime que, aunque no considera preciso que la reclamación cuantifique, es imprescindible que la reclamación previa no sea una comunicación rutinaria y falta de elementos de juicio dirigida meramente a interrumpir la prescripción. En sus funciones como Fondo de Garantía, el CCS necesita que la reclamación contenga todos los datos necesarios para que la entidad pueda activar su gestión, valorar los daños y abonar la indemnización con agilidad.

C. Documentación que debe acompañar a la reclamación

- 2.11 En el caso de las entidades existe unanimidad en considerar que los datos exigidos por la ley con objeto de la reclamación extrajudicial no son excesivos y que pueden ser obtenidos con facilidad por las víctimas. En cambio, las AAVV y los colectivos de abogados, si bien mayoritariamente no los consideran excesivos, consideran también mayoritariamente que a menudo no pueden aportar algunos de los datos o que son difíciles de obtener.

a) Los atestados: acceso, calidad y precio

- 2.12 Las respuestas del sector de las víctimas revelan una gran preocupación por el coste y la pérdida de calidad de los atestados desde la despenalización de las faltas. Señalan que a menudo los atestados no son facilitados por la propia compañía aseguradora y se obliga a la víctima a realizar un desembolso económico por dicho informe policial que, o bien no debería ser cobrado al perjudicado, o bien, si la compañía propia ya dispone de él, no debería negar su entrega a su asegurado para poderlo trasladar a la culpable, y menos con pretextos como la LOPD. Consideran que no debería imponerse el pago de tasas y que debería obligarse por ley a enviar el atestado de oficio a las partes implicadas.
- 2.13 Esta preocupación por el acceso a los atestados, su calidad menguante y su precio, no es exclusiva del sector de las víctimas, sino que lo comparten todos los sectores que han participado en la evaluación. Así, por ejemplo, en el Panel de médicos forenses varios de ellos se han manifestado sobre la necesidad de establecer el derecho de las víctimas a obtener los atestados y, además, de forma gratuita. El panel de magistrados y fiscales también señaló la necesidad de que se realicen los atestados en todos los casos con lesiones y la gran importancia que tienen que sean de calidad como ayuda para evitar la judicialización. El panel de abogados también destacó que es muy importante que se hagan con calidad técnica, que contengan todos los datos, y que las víctimas puedan obtener una copia sin tener que pagar tasas. También en el panel de entidades y del CCS hubo varias manifestaciones en el sentido de la necesidad de regular el acceso a los atestados y que se puedan obtener con la mayor rapidez, siendo necesario que se mejore la calidad de los mismos y se realicen en todos los casos donde existan lesiones, aunque se trate de lesiones leves. Las entidades y el CCS resaltan que la importancia del atestado, como medio para conocer las circunstancias del accidente, los grados de responsabilidad y las consecuencias dañosas, es tan evidente, que en el proceso de revisión en curso de la Directiva codificada del seguro de RC de automóviles, el Parlamento Europeo ha solicitado incluir en la Directiva el derecho de las víctimas a un acceso rápido y gratuito. Las entidades y el CCS apoyan esta iniciativa y, a mayor abundamiento, consideran

que de la accesibilidad y de la gratuidad del atestado debieran también participar el sector asegurador y el CCS.

b) La solicitud de documentación

- 2.14 El sector de las víctimas también subraya que los términos legales del art. 7.1 LRCSCVM se emplean por algunas entidades para solicitar documentación innecesaria o no relacionada con el siniestro (por ejemplo, historial médico anterior o certificación de situaciones personales o profesionales improcedentes), cuestión que destaca también el colectivo de abogados, señalando que se solicita una documentación excesiva en relación a la acreditación del trabajo doméstico, al ejercicio de actividades de ocio, a las sesiones de rehabilitación y a los informes médicos. Para intentar paliar algunas de estas situaciones, los Acuerdos de la CS de 2 de octubre de 2018 matizaron las buenas prácticas en relación con la acreditación de la dedicación a las tareas domésticas (Punto 2:4:1-5 GBP). En cuanto a la información médica, los acuerdos de la CS de 27 de noviembre de 2017 indicaron las buenas prácticas relativas a la aportación de informes médicos en el caso de oferta y respuesta motivada (Punto 2:3 GBP).
- 2.15 Así, por ejemplo, destacan la solicitud de peritaciones, facturas o fotografías de los daños en el vehículo propio. Se señala que hay compañías que sin la aportación de esta información no realizan oferta alguna y a menudo las propias compañías no facilitan esta documentación ni a su asegurado ni a su abogado, y consideran que no parece adecuado exigir a un perjudicado que tome las fotografías de su vehículo tras sufrir un siniestro, o que se preocupe de conseguir el presupuesto, factura o informe de peritación cuando su vehículo ha sido reparado por convenio.
- 2.16 Señalan también que en un 75% de los casos con lesiones leves, la entidad requiere que se facilite documento acreditativo del número de sesiones de rehabilitación realizadas y que, un 25-35% de estas compañías, reducen los periodos de lesión temporal computando únicamente ese número de sesiones en lugar del período total de padecimiento del daño. Esto produce uno de los principales motivos de judicialización de asuntos que deberían poderse transaccionar sin problema.

- 2.17 Indican también que en un 15-20% de casos, en general de lesiones leves y casi siempre con lesiones en columna cervical, dorsal o lumbar, se exige historia clínica completa del lesionado a fin de encontrar cualquier antecedente médico, por lejano en el tiempo que sea, para justificar la falta de nexo causal entre el accidente y la lesión correctamente acreditada, obviando totalmente que el cuerpo humano no es una máquina perfecta y que lo normal es tener algún tipo de degeneración ósea ya a partir de los 30 años y que, no por ello, debe descartarse la lesión. Los casos de antecedentes patológicos de las personas, a menos que sean indiscutibles casos de fraude, deben atenderse e indemnizarse con mayor delicadeza que un caso donde no existen patologías previas que puedan agravar tanto el periodo de curación como las secuelas que le pueden quedar a la víctima (aplicando la fórmula de Gabrielli o bien tenerlo en cuenta como una agravación de estado previo) y, sin embargo, son argumentos utilizados con asiduidad por las compañías para reducir las indemnizaciones o, incluso, denegarlas.
- 2.18 El sector de víctimas señala también que en el 80-90% de los casos donde la lesión ha sido leve, y a pesar de que el informe médico asistencial describa claramente y de forma concluyente que existen secuelas (aunque no las nombre como tales, pero realizando una clara descripción de las limitaciones que quedan y afirmando que son definitivas), la entidad no indemnizará secuelas a menos que se aporte informe médico pericial, y ello aunque la víctima haya sido visitada por los servicios médicos de la compañía y éstos reconozcan -internamente- la existencia de dichas secuelas. Los lesionados se ven así obligados a hacer el desembolso económico de dicha prueba con el único objetivo de conseguir la indemnización de 1 a 5 puntos por esas secuelas leves. Por su parte, las entidades aseguradoras señalan que actualmente en la mayoría de los casos solicitan a las víctimas una información proporcionada y no consideran que la solicitada sea excesiva. Los Acuerdos de la CS de 27 de noviembre de 2017 tuvieron por objeto matizar cuáles debían ser las buenas prácticas en materia de la prueba de la existencia de secuelas (Punto 2:3 GBP), y las entidades aseguradoras señalan que en la actualidad se ajustan a lo establecido en la GBP de la CS.

D. Desequilibrio en caso de infracción de los deberes impuestos por el art. 7 LRCSCVM

- 2.19 Las AAVV, los abogados y los abogados de víctimas consideran que existe un desequilibrio en las consecuencias de la infracción de los deberes que impone el art. 7 LRCSCVM a las entidades aseguradoras y a los perjudicados o lesionados. En cambio en el panel de entidades y de representantes del CCS, algunos representantes de entidades manifiestan que consideran que se imponen más obligaciones a las entidades que a las víctimas y que debería regularse con mayor claridad cuál es el deber de colaboración de las víctimas.
- 2.20 Las AAVV, los abogados y los abogados de víctimas consideran que deberían regularse las consecuencias de los incumplimientos de la entidad aseguradora de un modo análogo a como el art. 7.8 LRCSCVM regula estas consecuencias en relación con los incumplimientos de la víctima en la vía previa extrajudicial al establecer en su párrafo segundo que «[N]o se admitirán a trámite, de conformidad con el art. 403 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, las demandas en las que no se acompañen los documentos que acrediten la presentación de la reclamación al asegurador y la oferta o respuesta motivada, si se hubiera emitido por el asegurador». Sostienen, además, que deberían equipararse a los incumplimientos de la víctima en vía previa extrajudicial.
- 2.21 Los colectivos de abogados y AAVV añaden que la sanción a las víctimas por no presentar la reclamación previa no debería ser la inadmisión de una demanda, por ser esa una sanción mucho más grave que la que se impone al asegurador por sus incumplimientos y que consiste en unos intereses moratorios que, durante los primeros años, carecen en realidad de efecto disuasorio. En caso de mantenerse esa sanción, debería establecerse de modo expreso y claro la sanción que impida a la entidad aportar o solicitar documentación pericial y documental que no haya aportado con el procedimiento extrajudicial cuando era su obligación. En el mismo sentido, diversas voces en los paneles de magistrados y fiscal manifiestan que debe establecerse una mayor sanción cuando una de las partes incumple sus obligaciones durante el proceso extrajudicial y clarificar cuál es su repercusión en el proceso

judicial posterior. Señalan que el art. 7.8 LRCSCVM solo regula los efectos que produce no haberse realizado la reclamación previa, pero que también debería regular otros aspectos de incumplimientos en el trámite extrajudicial. Consideran que la Ley debería dejar claro que los comportamientos y actuaciones en la vía extrajudicial vinculan en la vía judicial e incluso admitir la posibilidad de imponer costas en la vía judicial en atención al comportamiento en la vía extrajudicial. Por su parte, diferentes voces en el panel de abogados manifiestan que debería establecerse en el art. 7.8 LRCSCVM que no podrán utilizarse en el proceso judicial posterior los peritajes (médicos, mecánicos, etc.) que se pudieron hacer y utilizar en la vía extrajudicial. Ello dejaría claro que lo extrajudicial puede vincular actuaciones posteriores en la vía judicial, y de esta forma, impediría que se aporten en la vía judicial aquellos documentos o periciales que no se utilizaron o no se quisieron realizar en el curso de la vía extrajudicial.

2.1.3. Los principales problemas planteados en relación con la oferta motivada

A. Los llamados «ofrecimientos telefónicos»

- 2.22 La nueva redacción del art. 7 LRCSCVM no ha modificado el papel central de la oferta y respuesta motivadas como vehículo exclusivo para llevar a cabo en el ámbito extrajudicial las reclamaciones de las víctimas y las respuestas por parte de las entidades. No obstante, con motivo de la nueva redacción del art. 7 LRCSCVM y de la interpretación que en la práctica se ha dado a la introducción de la necesidad de reclamación previa y de su carácter prejudicial, se han producido algunas malas prácticas que la CS ha intentado paliar mediante la llamada «Guía de Buenas Prácticas»(GBP).
- 2.23 Los llamados «ofrecimientos telefónicos» han sido una mala práctica que proliferó en el primer año de la puesta en marcha de la nueva regulación. A menudo consisten en ofertas informales de indemnización seguidas del anuncio de una oferta menor en caso de no aceptarse y tener que realizarse una oferta motivada que cumpla los requisitos que prevé la Ley. En contra de esa mala práctica, la GBP señala en

su apartado 2:2:1, bajo el epígrafe de «'Ofrecimiento' a la víctima por procedimientos distintos de la oferta motivada» que:

- 2.24 «[L]a buena práctica exige que no se lleven a cabo «ofrecimientos» resarcitorios al perjudicado que no se materialicen a través del procedimiento de la oferta motivada, ni que se condicione el contenido de la oferta motivada a la aceptación de «ofrecimientos» previos telefónicos, verbales o por escrito. La oferta motivada prevista en el art. 7. 2 y 3 LRCSCVM, su forma, contenido, plazos y demás requisitos constituyen un mecanismo esencial de protección de los intereses de los perjudicados que se considera insustituible».
- 2.25 En este apartado hay una gran discrepancia entre la opinión manifestada en las respuestas del sector asegurador y en las del sector de víctimas. Mientras que el primero descarta que se den todavía «ofrecimientos» u otras prácticas al margen del procedimiento legal, el sector de víctimas lo cifra en un 30-40% de los casos. En cambio, coinciden en que no se da, o se produce en pocas ocasiones, la oferta confidencial mediante abogado. Por su parte, el CCS pone de manifiesto que no ha observado problema alguno para emitir las ofertas motivadas acompañadas del informe médico definitivo incluyendo la relación de las secuelas, su puntuación y su codificación, en la forma y en los plazos que establece la normativa.

B. Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración (art. 37 LRCSCVM)

a) La visita y exploración del médico de la entidad al lesionado

- 2.26 En los paneles de médicos valoradores y de víctimas se consideró que se debía seguir avanzando para aumentar el «deber de colaboración» entre ambas partes y, en este sentido, que era necesario establecer unos plazos razonables, tanto de preaviso al lesionado o a su representante legal, del deseo de visitar y explorar al lesionado y de realización efectiva de la visita o exploración, como para la entrega del informe médico definitivo al lesionado o representante legal. También señalaron la necesidad de permitir que el lesionado pudiera acudir a la

visita o exploración acompañado por otro perito médico o por su abogado. Por su parte, en el panel de entidades aseguradoras, algunos representantes señalan que deberían regularse con mayor detalle los deberes de colaboración entre víctima y aseguradora y si debe existir un plazo determinado para que la víctima acepte la visita y exploración de los servicios médicos que designe la entidad aseguradora.

- 2.27 En sus respuestas a los cuestionarios, las entidades señalan que, por regla general, mandan a sus médicos para ver al lesionado, tanto antes como después de recibir reclamación previa, y destacan que todavía persisten casos en que el perjudicado no entrega a la aseguradora la documentación médica de la que dispone. También reconocen que tras la reforma ha disminuido el número de lesionados que no permite la visita del médico de la aseguradora; algunas entidades cifran la reducción en un 40%. Añaden que hoy el porcentaje de lesionados que no permiten la visita del médico de la aseguradora se situaría, según las entidades, en un 5% como máximo y que son minoría las víctimas que no colaboran (entre un 3% y un 20% de los casos).

b) La omisión del «informe médico definitivo» o la entrega de un informe médico inexpressivo o de distinto médico al que le exploró

- 2.28 La mala práctica de no aportar el preceptivo informe médico definitivo, o bien de aportar un informe médico sin expresión de puntuación o sin especificar grados de pérdida de calidad de vida en secuelas o en lesiones temporales, constituye otro aspecto controvertido respecto a la práctica resarcitoria en estos últimos tres años. Así, mientras que las entidades consideran que esta es una mala práctica excepcional o muy infrecuente, numerosas respuestas del sector de víctimas cifran el caso en una frecuencia superior al 50%.
- 2.29 Como es bien sabido, la CS ya se pronunció sobre ese aspecto en el punto 2:2:2-2 GBP en septiembre de 2017 al señalar que la buena práctica demanda, «(a) respecto de las secuelas, que la oferta motivada o el informe médico definitivo que se adjunte a ella contenga su relación, los puntos asignados a cada una y la codificación que les corresponda» y «(b) respecto a las lesiones temporales, que consten,

en su caso, los grados del perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida previstos en el art. 138 LRCSCVM». Por su parte, los Acuerdos de la CS de 27 de noviembre de 2017, matizaron las buenas prácticas en relación con la aportación de informe médico en el caso de oferta o respuesta motivada (Punto 2:3 GBP).

- 2.30 Respecto al «informe médico definitivo» algunos participantes, tanto en el panel de médicos valoradores como en los paneles de abogados y de víctimas, destacan que debe clarificarse su significado y que tal informe debe facilitarse a la víctima o a su representante legal una vez realizado por el perito designado por la entidad aseguradora y que debe ser el mismo que ha realizado el médico que ha explorado el lesionado. Abogan todos ellos por la introducción del llamado «sistema francés», que requiere la emisión del informe de valoración por triplicado, para la entrega de un ejemplar a la víctima, otro para la aseguradora y otro como documentación a guardar por el propio perito médico. Uno de los participantes en dichos paneles incluso llegó a manifestar que en algunos casos parece que los informes médicos de valoración han sido «cocinados» por los tramitadores y que, con ello, se priva a las víctimas de tener acceso al informe auténtico que ha realizado el médico valorador que ha explorado al lesionado. Por su parte, diversos participantes en el panel de médicos evaluadores indican que el informe que ellos entregan a los lesionados es el mismo que han realizado.
- 2.31 En el panel de entidades se apunta la posibilidad de crear un modelo de informe médico que, con una estructura homogénea, pudiera ser utilizado por todos los médicos que llevan a cabo la valoración del daño corporal.
- 2.32 Finalmente, en el panel de magistrados y fiscal, algunas opiniones manifiestan que no parece excesivo exigir a las víctimas la presentación de un informe médico pericial para tener que reclamar judicial o extrajudicialmente lesiones de carácter leve.

C. El cumplimiento del plazo máximo de 3 meses del art. 7.2 LRCSCVM

- 2.33 Como es bien sabido, el art. 7.2 LRCSCVM establece que en el plazo de tres meses a contar desde la reclamación el asegurador deberá presentar una oferta o una respuesta motivadas. Las entidades aseguradoras consideran que en general se cumple el plazo señalado en el art. 7.2 LRCSCVM, aunque una parte de las respuestas del sector de víctimas denuncie lo contrario y apunte a que existen dilaciones injustificadas y que en ocasiones se ignora la representación que corresponde al letrado designado por el perjudicado.

D. Otras posibles malas prácticas

- 2.34 En general, las entidades también sostienen que se hace la advertencia del art. 7.3. d) LRCSCVM, relativa a que el pago del importe que se ofrece no se condiciona a la renuncia por el perjudicado del ejercicio de futuras acciones en el caso de que la indemnización percibida fuera inferior a la que en derecho pueda corresponderle, pero el sector víctimas sostiene que en algunos casos sigue omitiéndose tal advertencia. También hay leves discrepancias en relación con la falta de pago en 5 días tras aceptar la oferta.
- 2.35 La discrepancia de experiencias prácticas aumenta cuando se refiere a la firma de un finiquito o de un documento de rechazo de la oferta, práctica inexistente según las entidades aseguradoras, pero que en las respuestas del sector de víctimas se cifraría todavía en el 30-40% de los casos. Por su parte, los Acuerdos de 14 de septiembre de 2017 de la CS matizaron que, dado que lo permite la Ley, se puede considerar buena práctica el acuerdo de renuncia de futuras acciones, siempre que ya se haya emitido la oferta y que haya sido ya pagada la indemnización (Punto 2:2:2-2 GBP).
- 2.36 Por el contrario, la cuestión relativa a los casos en que se genera una falsa apariencia de conformidad que dificulta el cierre del expediente en la vía extrajudicial ha dado lugar a una respuesta unánime entre todos los sectores en el sentido de que son casos muy residuales.

2.1.4. Principales problemas planteados en relación con la respuesta motivada

- 2.37 Las entidades de modo mayoritario y, de modo unánime, los abogados y las AAVV, consideran que la respuesta motivada debería contener los documentos que justifican que no se realice una oferta motivada. Algunos representantes del sector asegurador señalan que en ocasiones es imposible aportar tal documentación ya que, en la práctica, la falta de documentación es el motivo más frecuente del rechazo que impide realizar una oferta motivada. Por su parte, el CCS considera que, sin perjuicio de que lo habitual deba ser aportar los documentos justificativos del rechazo, en sus funciones de Fondo de Garantía, en general, y más habitualmente en las de reclamaciones por vehículos no identificados, detecta frecuentes intentos de fraude. En estos casos, considera que no procede aportar en vía extrajudicial los documentos probatorios de la conducta abusiva o fraudulenta, y entiende que esos documentos deben reservarse para la fase judicial.
- 2.38 También en sede de repuesta motivada persiste la discrepancia de experiencias prácticas en cuanto a si se aporta o no informe médico que justifique la respuesta motivada en caso de lesiones temporales o secuelas con rotura del nexo causal. Las respuestas de las entidades aseguradoras no son uniformes y, en cambio, hay una denuncia muy consistente en las respuestas del sector de abogados y de víctimas en el sentido de que entre el 50% y el 90% de los casos no incorporan ese documento a la respuesta motivada. Sobre este aspecto ya se pronunció la CS en su Acuerdo de 27 de noviembre de 2017 (Punto 2:3:4-2 GBP).
- 2.39 También discrepan totalmente a la hora de confirmar si se realizan abonos a cuenta o pagos parciales anticipados en caso de lesiones con dilatación del tiempo de curación.
- 2.40 Ni el sector asegurador ni el de víctimas parecen dar demasiada relevancia a los indicios de simulación o de intento de fraude como factores que influyen en las dificultades para emitir respuestas motivadas.

2.1.5. Problemas planteados por la modificación del procedimiento de oferta y respuesta motivada

- 2.41 Para las entidades aseguradoras, el principal problema ha sido la adaptación a la nueva operativa, que ha supuesto costes en recursos humanos e informáticos y el aumento de costes derivado de la inclusión del informe médico. En cambio, ni la falta de información/colaboración del perjudicado, la incertidumbre de saber si van a reclamar o no, ni la falta de informe forense han sido tan relevantes. También se concluye que la reforma no ha implicado incremento de reclamaciones. Señalan que la mayor parte de las quejas formuladas ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) se deben más a la disconformidad de los lesionados con las ofertas que a un incumplimiento por parte del sector asegurador del procedimiento del art. 7 LRCSCVM, o a dificultades que les plantean algunos lesionados cuyos abogados no facilitan que cumplan con sus obligaciones legales, o a que no se les traslade toda la información asistencial de la que dispone el lesionado. El CCS no ha experimentado problemas con el procedimiento.
- 2.42 Desde la óptica de víctimas, llama la atención la diversidad de opiniones en el seno de este sector, que ejemplifica la posición respecto a la exigencia de reclamación previa, cuestionada sobre todo por los abogados. El incremento de costes es objeto de crítica por todos los participantes de este sector menos sus abogados. Por lo demás, los sectores de víctimas expresan quejas en todos los aspectos que se han preguntado expresamente: pago de atestados; no compensación de gastos de periciales médicas; plazo de tres meses para emitir oferta o respuesta motivada que se considera excesivo; dificultades de acceso al forense, con gran retraso para las visitas y emisión de informes y su falta de adaptación a la normativa y de especialización; el hecho de que el lesionado tenga que atender a los servicios médicos de las entidades en numerosas ocasiones y sin previo aviso o de modo intempestivo; el impacto negativo que ha supuesto para los lesionados la despenalización de las faltas sin que se haya creado un procedimiento civil igualmente ágil y eficiente, etc.

2.1.6. Análisis crítico del procedimiento de oferta y respuesta motivada. Medidas complementarias y alternativas

- 2.43 Respecto a la cuestión de si el sistema actual de oferta y respuesta motivada protege suficientemente a los perjudicados como requiere la Directiva hay importantes discrepancias de fondo entre los sectores que han respondido los cuestionarios.
- 2.44 Así, mientras que la inmensa mayoría de las entidades considera que el sistema actual protege suficientemente a las víctimas, los colectivos de abogados y de víctimas consideran también mayoritariamente que la protección que otorga es insuficiente. El CCS considera que el sistema actual protege suficientemente a los perjudicados si los distintos operadores (aseguradoras y el propio CCS, abogados, hospitales y rehabilitadores, forenses...) cumplen con lo establecido en la ley, opinión a la que se suma alguna entidad.
- 2.45 Como medidas de mejora que proponen algunos colectivos, destacan la elaboración de un formulario tipo, obligatorio y menos complejo que el de los IMLCF, o que el informe médico contenga obligatoriamente la información aportada, las operaciones periciales realizadas (si se ha reconocido o no al lesionado) y que conste de 3 copias idénticas, que se entregarían simultáneamente al lesionado y a la aseguradora quedando la tercera para el perito (colectivo de abogados y en diversos paneles).
- 2.46 Se denuncia el aumento de costes, demoras e indefensión para las víctimas; especialmente porque ha desaparecido el acceso al forense dentro del juicio de faltas. Tanto víctimas como entidades aseguradoras se quejan del cambio.
- 2.47 El sector asegurador, el CCS y las AAVV coinciden en que debería realizarse la oferta motivada en el plazo más breve posible sin esperar a que se agote el plazo de tres meses para emitir la oferta motivada. En este mismo sentido se pronunció el Acuerdo de 6 de marzo de 2018 de la CS respecto a lo que deben considerarse buenas prácticas en esta materia (Punto 2:3:5 GBP).

- 2.48 También están de acuerdo en que la DGSFP, o la Autoridad de Protección del Cliente Financiero que en su caso se pueda crear, debería resolver en el plazo de 2 meses las denuncias o quejas por incumplimientos del art. 7 LRCSCVM.
- 2.49 El sector asegurador, por lo demás, no ve necesidad de revisar el seguro de asistencia jurídica para facilitar la libre elección de abogado, mientras que los abogados, abogados de víctimas y AAVV sí lo estiman necesario por los límites cuantitativos tan escasos que se establecen y porque no garantizan la libre elección en la vía extrajudicial ¹⁵.
- 2.50 Las entidades aseguradoras, el sector de víctimas, y sobre todo los abogados de víctimas, rechazan el arbitraje con distintos argumentos. Lo mismo sucede respecto al impulso a la mediación prevista en el art. 14. LRCSCVM.
- 2.51 Ante la previsión de la reforma del Código Penal producida finalmente por la Ley Orgánica 2/2019, de 1 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal, en materia de imprudencia en la conducción de vehículos a motor o ciclomotor y sanción del abandono del lugar del accidente, en el Panel de AAVV se manifestó ya la necesidad de ajustar el art. 7 LRCSCVM para determinar si la presentación de una denuncia en vía penal debe considerarse reclamación previa y, si el procedimiento penal finaliza con archivo o con sentencia absolutoria, si es entonces todavía necesario formular una reclamación previa antes de la demanda. El sector asegurador manifestó que está de acuerdo con modificar el art. 7 LRCSCVM con el fin de evitar la interpretación de que el procedimiento extrajudicial no es de aplicación en los procedimientos penales y considera, además, que debe modificarse

¹⁵ Ver la Guía Técnica 1/2018 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones relativa a las buenas prácticas en el seguro de defensa jurídica:
http://www.dgsfp.mineco.es/es/Regulacion/DocumentosRegulacion/GUÍA%20TECNICA_BUENAS%20PRACTICAS%20SEGURO%20DEFENSA%20JURÍDICA%20%2005%2010%202018.pdf

el art. 764.3 LECrim con el objeto de tener la posibilidad de defender su responsabilidad civil en los procedimientos penales relacionados con el seguro obligatorio de responsabilidad civil del automóvil.

3. ASPECTOS JURÍDICOS SUSTANTIVOS

3.1 Reglas generales

3.1.1. La aplicación de las reglas previstas en el art. 40 LRCSCVM y de las actualizaciones previstas en el art. 49 LRCSCVM

- 3.1 Por regla general, todos los colectivos coinciden en que, según la experiencia práctica, en la inmensa mayoría de los casos las entidades realizan las ofertas motivadas con los valores actualizados al año correspondiente. No obstante, también señalan las AAVV que hasta que no se sustituya en la propia Ley el índice de revalorización de las pensiones (IRP) por el IPC, el sistema valorista que dice propugnar el art. 40 LRCSCVM no se cumple por la pérdida de valor de la indemnización si entre el año del accidente y el que finalmente se cobra la inflación ha estado por encima del IRP. Por ello consideran que debería modificarse urgentemente el art. 49 LRCSCVM y volver al IPC, el único índice que garantiza el mantenimiento de la deuda de valor que es la indemnización. La misma necesidad manifiestan algunos participantes en los paneles de abogados y de actuarios y estos últimos añaden además que también deberían actualizarse anualmente las tablas 2.C.3, 2.C.7 y 2.C.8 de conformidad al SMI de cada año.
- 3.2 Respecto a las posibles dificultades derivadas de cálculos detallados y complejos del art. 40 LRCSCVM, el 90% del colectivo de abogados expresa que no encuentran dificultades a la hora de interpretar los cálculos de la oferta motivada que expiden las entidades aseguradoras, aunque algunos destacan que a menudo tales ofertas son globales, sin desglose y sin detallar los conceptos perjudiciales resarcidos. La

inmensa mayoría de los representantes del CCS coincide también en que no hay dificultades derivadas de cálculos para la tramitación de los siniestros, dado que los medios informáticos les facilitan mucho la realización de tales cálculos.

- 3.3 Las entidades señalan que el sistema que introduce el art. 40 LRCS-CVM comporta bastante dificultad en aquellos casos que se prolongan en el tiempo y se han realizado diversos pagos a cuenta y existen gastos de diferentes periodos. Da lugar a un cálculo «laborioso» que requeriría en un futuro próximo desarrollar una aplicación específica de ayuda, que sea capaz de aplicar los valores correspondientes a cada período de pago o llevar a cabo la actualización de aquellos realizados en concepto de pagos a cuenta.
- 3.4 Respecto a los pagos a cuenta, señala el 90% de los abogados que los perjudicados comprenden, porque ellos se lo explican, que se deduzcan, en los casos que proceda, los anticipos a cuenta capitalizados de los importes reflejados en las ofertas motivadas que las entidades han satisfecho con anterioridad. También el CSS dice que lo comprenden, si bien en ocasiones tras una primera reacción de desconcierto o desconfianza del perjudicado, que obliga a realizar una labor adicional de explicación y convencimiento. En cambio, solo el 65% de las entidades, el 50% de las AAVV y el 45% de abogados de víctimas consideran que lo comprenden.
- 3.5 Mientras que el 20% de las entidades indica que es complicado que los perjudicados entiendan que se descuenta una cuantía económica que no corresponde con el nominal percibido de manera anticipada, el 35% de las AAVV señalan que lo entienden si se les explica previamente, pero que en general existe una cierta desconfianza en la firma de los anticipos, aunque se diga que no se renuncia a nada.

3.1.2. Indemnización mediante renta vitalicia (arts. 41 y 42 LRCS-CVM)

- 3.6 Existe una cierta unanimidad entre todos los profesionales que participan en la aplicación del sistema valorativo legal en que la indemnización

mediante renta vitalicia es excepcional en la práctica. La aplicación del índice de revalorización de las pensiones es el principal obstáculo a esta opción, porque la penaliza, y también un factor importante es que los perjudicados prefieren la disponibilidad de la suma total.

- 3.7 Las AAVV señalan que, en casos puntuales, no debería aceptarse el pago único por posible mal uso de la indemnización que pueden hacer los familiares cuando la víctima es menor o con capacidad judicialmente modificada. Añaden que las rentas deberían actualizarse anualmente con el IPC y que para potenciarla debería establecerse un sistema de renta que permitiera a los familiares de la víctima la recuperación del capital que no haya sido consumido, si se produce el fallecimiento anticipado de la víctima.
- 3.8 Por su parte, en el panel de actuarios diversos participantes señalan que la renta vitalicia que resulta con la aplicación de la tabla TT1, debe actualizarse cada año con el 2% anual, pues dicha tabla TT1 se realizó aplicando unos coeficientes actuariales de conversión con un crecimiento fijo del 2% anual para que de esta forma la renta vitalicia fuera equivalente al capital de la indemnización, y este dato del crecimiento del 2% anual, debería quedar claramente reflejado en la propia tabla TT1, pues la expresión de que la renta se actualiza con el porcentaje de las pensiones o del IPC, no sería correcta para el cálculo actuarial realizado.
- 3.9 Para las entidades, el pago mediante renta vitalicia dificultaría el cierre de expedientes frente a una liquidación rápida de las obligaciones, que se considera preferible. No obstante, señalan que están preparadas para gestionar indemnizaciones en forma de renta vitalicia, pero que los lesionados y sus representantes legales no muestran interés en esta fórmula de indemnización.

3.1.3. Reglas sobre el fallecimiento del lesionado antes de fijarse la indemnización (arts. 44 a 47 LRCSCVM)

- 3.10 La mayoría de los profesionales de los distintos sectores que aplican el baremo considera que son casos que se dan poco en la práctica. El

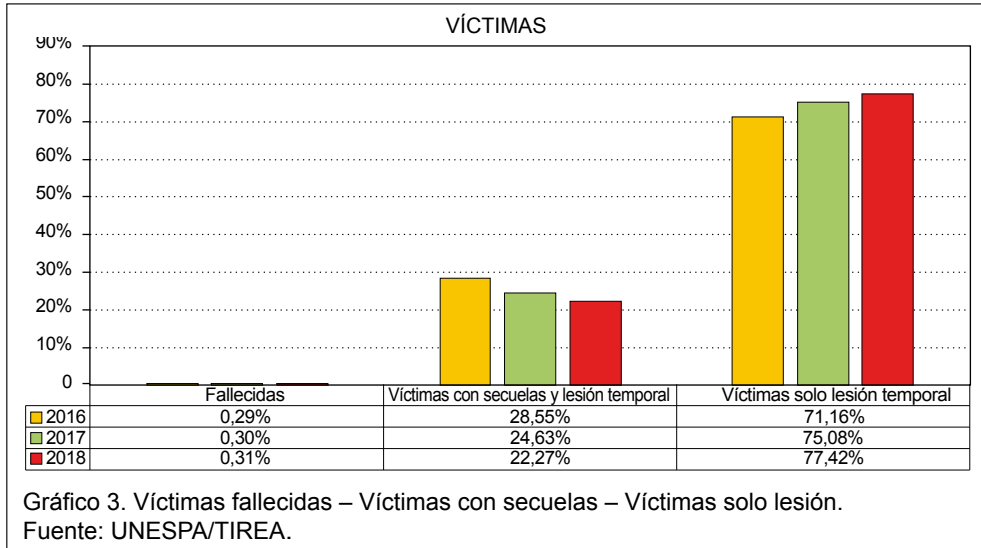
70% de las entidades afirman que han tenido algún caso de este tipo, frente al 40% de las delegaciones del CCS o el 36% de abogados de víctimas. No obstante, ninguno de ellos ha tenido la oportunidad de aplicar todavía la nueva regulación.

- 3.11 Aunque muchos de los encuestados no responden la pregunta, la mayor parte de los que la responden, con excepción de las AAVV, considera que la nueva regulación no plantea problemas. Las AAVV, los abogados y los abogados de víctimas destacan que el concepto de «daño inmediato» no está adecuadamente valorado y resarcido. Consideran que el 15% del perjuicio básico que le asigna el art. 45. a) LRCSVM es insuficiente (debería ser del 25 al 30%), que deberían incluirse los perjuicios particulares. Además, debería computarse desde el momento del accidente y no desde la consolidación de las secuelas, al menos para aquellas secuelas (p. ej. amputaciones) que se conocen desde ese momento. Por su parte, las entidades y el CCS consideran mayoritariamente que en este caso el perjuicio está bien valorado y resarcido, tanto porque pondera en su justa medida situaciones que antes creaban un beneficio desproporcionado al heredero, como porque establece una parte fija y otra variable en función del tiempo que ha soportado el perjuicio.
- 3.12 En la práctica se observa que el número de casos reportados de lesionados que han fallecido antes de la indemnización por secuelas han tenido una baja incidencia, como se demuestra por el hecho de que en el 2016 fueron informados 14 lesionados que fallecieron después de la estabilización de las secuelas y antes de fijarse la indemnización, y solo 6 en el 2017.

3.2 Reglas sobre el fallecimiento

3.2.1. Categorías de perjudicados y perjuicio personal básico

- 3.13 De este gráfico podemos alcanzar la conclusión de que las víctimas fallecidas representan aproximadamente un 0,3% del total de las víctimas, los lesionados con secuelas entre el 25% y el 28%, y los lesionados que solo sufren lesiones temporales entre el 71% y el 75%.



- 3.14 Por número de perjudicados, los hermanos son la categoría más frecuente con una media aproximada entre el 36% y el 39%, seguidos de los descendientes entre un 31% y 32% y los ascendientes en tercer lugar entre un 16% y un 19%. El cuarto lugar es para los cónyuges entre el 10% y el 11%, lo cual representa que estas cuatro primeras categorías de perjudicados suman aproximadamente el 97%, quedando

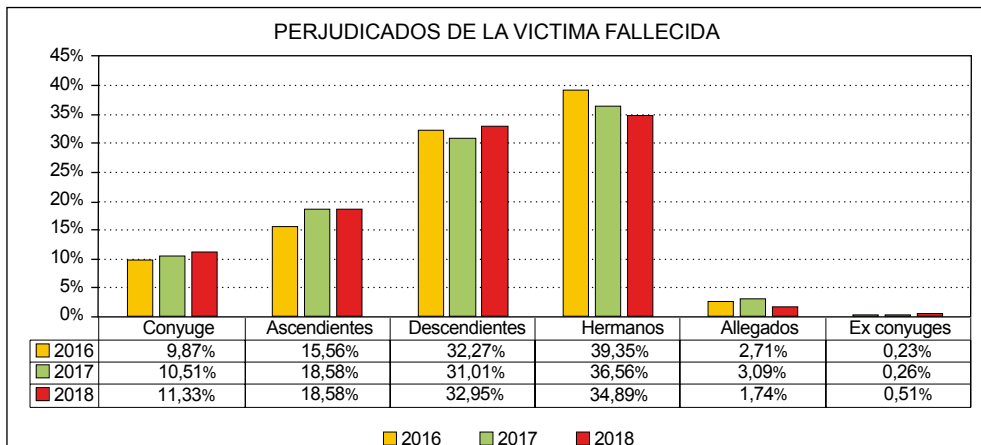


Gráfico 4. – Perjudicados de la víctima fallecida. Distribución por categorías
Fuente: UNESPA/TIREA.

el restante 3% para los otros posibles perjudicados (allegados y excónyuge, siendo este último meramente testimonial).

- 3.15 La media de perjudicados por fallecimiento en el año 2016 fue de 4,8 perjudicados por cada víctima fallecida (un total de 4.691 perjudicados en base a los datos de 980 fallecidos), en el año 2017 una media de 4,5 perjudicados por cada víctima fallecida (950 fallecidos y 4.311 perjudicados) y en el año 2018 de 4,4.
- 3.16 Sobre la cuestión relativa a si las categorías de perjudicados que prevé la Ley son demasiado amplias o demasiado restringidas, la mayoría de los participantes de todos los sectores las considera adecuadas.
- 3.17 Entre los pocos que las consideran demasiado restringidas, algunos abogados, abogados de víctimas y miembros de AAVV dicen que debería incluirse a los abuelos, los «novios que sean serios y tengan una relación sólida» (que deberían equipararse a los cónyuges), o los padrastros en concurrencia con padres legales separados o divorciados que mantienen la relación con sus hijos.
- 3.18 No parece que haya tenido ningún problema práctico el CCS, más allá de la acreditación de la convivencia con los hermanos. Mayores problemas alegan haber tenido las entidades, aunque algunos de los que se relacionan, se refieren a aspectos que ya existían según la regulación anterior o la jurisprudencia aplicable.
- 3.19 Señalan las entidades, entre otros, los siguientes efectos:
- Ha aumentado el coste de los casos de fallecimiento respecto al sistema de valoración anterior.
 - Dificultad en localizar e indemnizar a todos los perjudicados, sobre todo si son extranjeros.
 - Situaciones complejas de gestionar como, por ejemplo, las dificultades propias de la prueba en alguno de los supuestos de parejas de hecho.
 - El problema de demostrar que existen circunstancias que supongan inexistencia de perjuicio a resarcir (art. 62.2 *in fine*

LRCSCVM). En casos de familias extensas o de hermanos de vínculo sencillo, surgen dudas sobre la existencia de perjuicio a resarcir ante la falta de relación afectiva.

- Reclamación de allegados sin la debida acreditación de la condición en base a los requisitos establecidos en la ley para ello.

3.20 En lo que se refiere a los hermanos, añaden las entidades que su consideración de perjudicados «en todos los casos», salvo que concurran circunstancias que supongan la inexistencia del perjuicio a resarcir, supone una carga probatoria importante y en muchos casos «casi diabólica». Destacan como ejemplo práctico el caso de un fallecido subsahariano, hijo de padre polígamo, en el que han reclamado un total de 20 hermanos en condición de perjudicados, muchos de los cuales ni siquiera conocían al fallecido por residir en el país de origen.

3.21 Respecto a los hermanos debemos señalar que en 2016 los «hermanos hasta 30 años» que son indemnizados representan un 15% del total de hermanos y en el 2017 un 17%. El otro 85% y 83 % respectivamente son «hermanos que tengan más de 30 años».

3.22 Por su parte el 28% de abogados de víctimas que afirma que han tenido problemas prácticos señalan que esos problemas han sido:

- La determinación de los allegados.
- Los casos de concurrencia de padre legal con visitas y padrastro que convive con la madre.
- La indemnización a los hermanos en ocasiones sin contacto durante años con la víctima.

3.23 Respecto a la figura del «allegado» como perjudicado, han existido 127 casos en 2016 (2,7% del total de perjudicados y, en cambio, en relación a los fallecidos, de cada cien fallecidos 13 tienen allegado). En el 2017 hay 133 casos (3% del total de perjudicados y 11,5% en relación al número total de fallecidos).

3.2.2. La suficiencia o insuficiencia de los derechos que el sistema reconoce a los familiares de los fallecidos

3.24 El CCS y las entidades (95%) consideran suficientes los derechos reconocidos a los familiares en el nuevo sistema valorativo legal por las razones siguientes:

- Se han incrementado las cuantías indemnizatorias.
- Las categorías incluyen básicamente al entorno más cercano del finado.
- Se amplían con respecto al baremo anterior las categorías de perjudicados, se individualiza el perjuicio de cada uno de ellos y se añaden derechos antes no reconocidos.
- El sistema favorece incluso derechos de familiares que con la anterior regulación quedaban desprotegidos.
- Se recoge tanto el daño moral como el patrimonial, y una pluralidad de conceptos que se deben indemnizar, además de diversas circunstancias especiales que por su mayor perjuicio suponen un incremento de la indemnización (perjuicios particulares).
- El sistema contempla bastantes circunstancias que agravan el perjuicio y además prevé el supuesto de perjuicios excepcionales.

3.25 La mayoría de los abogados (68%), abogados de víctimas (78%) y AAVV (100%) consideran en cambio que los derechos que reconoce la nueva regulación a los familiares de los fallecidos son insuficientes, fundamentalmente, por las razones siguientes:

- Se valora poco el perjuicio extrapatrimonial, sobre todo en el caso de que el fallecido tuviera hijos menores y cónyuge.
- Los familiares de fallecidos que están reconocidos como perjudicados en la ley 35/2015, deberían también tener el derecho de reclamar las lesiones temporales o las secuelas psíquicas que deriven del fallecimiento del ser querido en el caso previsto en el art. 36.3 LRCSCVM, que deberían incluir todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales y no limitarse a los gastos de tratamiento médico y psicológico con la limitación temporal de

los seis meses que establece dicho artículo. Tampoco deberían limitarse a los familiares de grandes lesionados. En un sentido análogo se manifiestan varias voces en los paneles de médicos forenses, que consideran que el precepto debería incluir la posibilidad de que los familiares de grandes lesionados o de fallecidos puedan sufrir un daño psíquico directamente relacionado con el accidente, que puede producir lesiones temporales y secuelas. También los paneles de médicos valoradores y de abogados, que consideran que el límite de seis meses debería desaparecer. Incluso en el panel de entidades y CCS se manifestó que debería hacerse una reflexión con relación a los derechos que pueden tener las denominadas «víctimas secundarias» o «por repercusión».

3.2.3. La «inexistencia del perjuicio a resarcir» (art. 62.2 LRCSCVM)

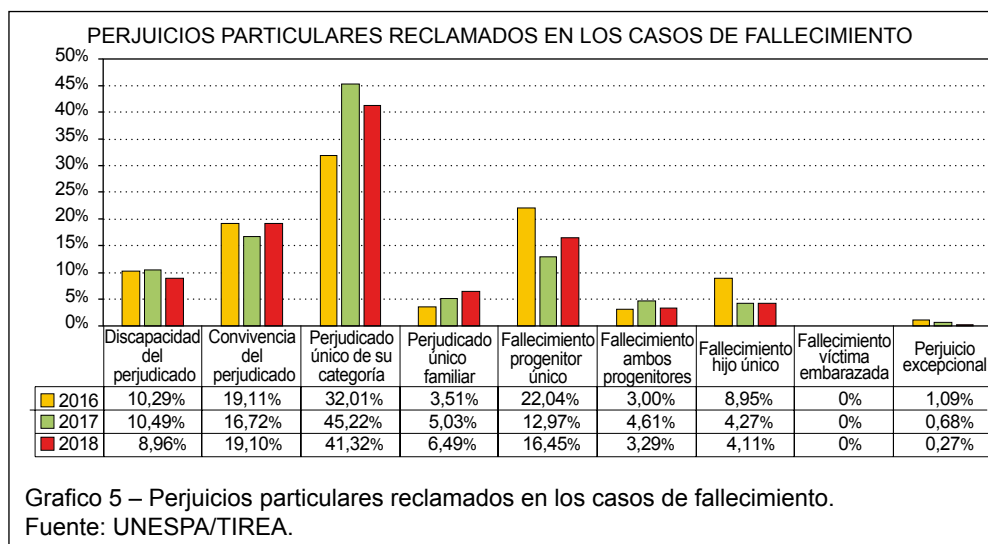
- 3.26 Respecto a qué casos de «circunstancias que supongan la inexistencia de perjuicio a resarcir» (art 62.2 LRCSCVM) se han dado en la práctica de la tramitación por las entidades aseguradoras y las dificultades que presentan, la mayor parte de los colectivos destacan que no se han encontrado con problemas de prueba de la condición de perjudicado.
- 3.27 Las entidades destacan, en particular, que sobre todo se plantean problemas en situaciones en que han reclamado como perjudicadas personas que, si bien de forma objetiva cumplían el requisito familiar del art. 62 LRCSCVM, habían perdido su derecho por desarraigo continuado, o incluso por pérdida de los derechos hereditarios, debido al maltrato físico o psíquico ejercido, por ejemplo, por el hijo del fallecido, y acreditado mediante sentencia judicial condenatoria. Señalan que alegar estas situaciones comporta un problema de prueba para la entidad aseguradora.

3.2.4. Los perjudicados funcionales o por analogía (art. 62.3 LRCS-CVM)

3.28 Son casos poco comunes. Las entidades refieren algún caso de abuelos que ocupan la posición de padres o de supuestos de familias re-compuestas en los que el hijo de la esposa del fallecido había convivido familiarmente en la familia recompuesta durante una etapa larga de su vida. Con carácter general se señala que en estos casos el principal problema es la prueba de la condición de perjudicado.

3.2.5. Los perjuicios particulares en caso de fallecimiento (arts. 68 y ss. LRCSCVM)

A. Perjuicios particulares más comúnmente alegados



3.29 Dentro de los perjuicios particulares en caso de fallecimiento, se destaca en primer lugar el denominado «perjudicado único de su categoría», con una gran variabilidad entre los ejercicios 2016 y 2017, con porcentajes del 32% y del 45% respectivamente. Le sigue el «fallecimiento del progenitor único», en donde se observa también una gran variabilidad que oscila entre el 22% del 2016 y el 13% del 2017. La «convivencia

del perjudicado con la víctima», en tercera posición, oscila entre el 17% y el 19% y, en cuarto lugar, con aproximadamente un 10%, figura la «discapacidad del perjudicado». Lo cual representa que estos cuatro primeros tipos de perjuicio particular en caso de fallecimiento suman un total aproximado de casi el 85% quedando el resto para los otros posibles perjuicios particulares (perjudicado único familiar, fallecimiento hijo único, fallecimiento ambos progenitores, y perjuicio excepcional). Debe destacarse que no se ha producido ningún caso del perjuicio denominado «fallecimiento víctima embarazada con pérdida de feto».

- 3.30 En cambio, la percepción de todos los colectivos es que los perjuicios que más se alegan son los de convivencia con la víctima, de discapacidad y de progenitor único, seguidos de perjudicado único de su categoría, tal vez por tratarse de perjuicios particulares que requieren una mayor actividad probatoria. Algunas entidades señalan que a ellas se les presentan casi todos y una de ellas indica que todos, excepto fallecimiento víctima embarazada con pérdida de feto –como demuestra el dato de los últimos años- y el perjuicio excepcional.
- 3.31 Respecto al perjuicio particular por discapacidad física, intelectual, orgánica o sensorial (art. 69 LRCSCVM), señalan los abogados y las AAVV que la exigencia de que la alteración que el fallecimiento de la víctima provoca en la vida del perjudicado sea «perceptible» (art. 69.1 LRCSCVM), comporta una especie de «prueba diabólica» y dificulta gravemente el resarcimiento del perjuicio particular, supuestamente automático por presumirse el mayor perjuicio derivado del mayor desamparo en que queda la persona con un mayor grado de discapacidad. Consideran que la necesidad de probar ese extremo puede perjudicar a los más discapacitados, dado que en estos casos presentará mayor dificultad percibir la alteración.
- 3.32 Debemos señalar que, tal y como puede apreciarse en el gráfico 5, el perjuicio particular por «discapacidad física o psíquica del perjudicado previa o a resultas del accidente» representó en los años 2016 y 2017 un porcentaje del 10% de los perjuicios particulares que son reclamados (161 casos y 123, respectivamente). En su distribución de 2106 podemos señalar que el 32% de los perjudicados discapacitados eran

descendientes (52 casos), el 28% hermanos (45 casos), el 20% ascendientes (32 casos) y el 20% cónyuges (32 casos).

- 3.33 Respecto al perjuicio particular por convivencia del perjudicado con la víctima (art. 70 LRCSCVM) destacan las dificultades de prueba, tanto en sentido positivo como negativo, marcadas a menudo porque lo que resulta de la inscripción en el padrón municipal no coincide con la realidad, sea porque el abuelo o nieto de la víctima que convive desde hace años con el fallecido continua empadronado en su antiguo domicilio (cf. art. 70.2 LRCSCVM), sea porque el hijo mayor de 30 años que hace años que vive fuera del hogar familiar todavía figura empadronado en el domicilio de sus padres (cf. art. 70.3 LRCSCVM).
- 3.34 Tal y como puede apreciarse en el gráfico 5, el perjuicio particular por «convivencia del perjudicado con la víctima» representó en el año 2016 un porcentaje del 19% de los perjuicios particulares que son reclamados (299 casos) y su distribución correspondía un 23% a la convivencia de los progenitores con el hijo fallecido (68 casos), el 60% a la convivencia de los hijos con su progenitor fallecido (180 casos) y un 17% a la convivencia entre hermanos (51 casos). En 2017 y 2018 el porcentaje es parecido, aunque cambia algo la distribución. De estos datos se deduce que muchos hijos mayores de 30 años conviven con sus padres, por lo que la incidencia es mayor tanto en caso de fallecimiento de progenitores como en el de fallecimiento de hijos.
- 3.35 El «perjudicado único de su categoría» (art. 71 LRCSCVM) es el perjuicio particular que más se reclama, con 501 perjudicados en el año 2016, y representa el 32% del total de perjuicios particulares reclamados y un 11% del total de perjudicados (4.691). Son los hermanos, con el 46% (230 casos), el tipo de perjudicado que más reclama este perjuicio particular. Un 27% corresponde a los ascendientes (135) y el 27% a los hijos (136).
- 3.36 En el año 2017 530 perjudicados reclamaron como «perjudicado único de su categoría», lo que representa el 45% del total de perjuicios particulares reclamados y un 12% del total de perjudicados (4.311). De nuevo los hermanos, con el 45% (239), son la categoría de perjudicado

que más reclama este perjuicio particular, con un 28% que corresponde a los ascendientes (149) y el 27% a los descendientes (142, con un caso donde el perjudicado era el nieto).

- 3.37 Respecto al «perjudicado único familiar» (art. 72 LRCSCVM) solo se produjeron 55 casos en 2016, que representan el 3,5% del total de perjuicios particulares reclamados y un 1,2% del total de perjudicados (4.691). En el año 2017 hubo 59 casos con el 5% del total de perjuicios particulares reclamados y un 1,4% del total de perjudicados (4.311).
- 3.38 En relación con estos dos perjuicios particulares señalan las entidades que cuando se excluye de la indemnización al conductor por ser responsable del accidente y solamente queda otro perjudicado, el perjudicado reclama, a pesar de todo, dichos perjuicios, aunque no sea el único familiar de una determinada categoría (un solo padre, un solo hermano) en el primer caso, o no se quede solo y sin familia, en el segundo. Consideran que, en estos supuestos, no se dan estas circunstancias, por lo que no se produce ese plus merecedor de un incremento indemnizatorio, y deniegan el resarcimiento del perjuicio alegado.
- 3.39 A pesar de tratarse del segundo perjuicio particular más importante por razón de su incidencia, ni en los cuestionarios ni en los paneles se hizo referencia al perjuicio particular por fallecimiento de progenitor único (art. 73 LRCSCVM). La misma situación se produjo respecto al perjuicio particular por el fallecimiento de los dos progenitores (art. 74 LRCSCVM). Tal circunstancia se debe probablemente a que tales perjuicios no generan controversia porque no presenta problemas probatorios. Los mismos comentarios se podrían realizar respecto al perjuicio particular por fallecimiento de hijo único (art. 75 LRCSCVM).
- 3.40 En cuanto al fallecimiento de víctima embarazada con pérdida de feto (art. 76 LRCSCVM) no consta que se haya producido ningún caso en esos tres años.
- 3.41 Aunque sean perjuicios que se producen muy raramente, a algún abogado le parece una incoherencia que, respecto del perjuicio particular por fallecimiento de víctima embarazada con pérdida de feto (cf. art 76

LRCSVM) se ignore al padre, si la madre gestante sobrevive (cf. art. 111.2 LRCSVM) y que, además, en todos los casos se ignore a los abuelos.

- 3.42 Respecto a si falta algún perjuicio que no está previsto y debería estarlo, la respuesta mayoritaria es que debería existir un perjuicio particular adicional, bien por la muerte de dos o más familiares en el mismo accidente (AAVV, CCS) o bien por la muerte de todos los descendientes en el mismo accidente, o de varios hermanos (entidades y abogados). Una entidad también ha señalado que podría faltar la muerte de un hermano gemelo, hasta una determinada edad. En todo caso, el 65% de las entidades considera que en estos casos no sería preciso crear ningún perjuicio particular nuevo porque podría resarcirse como perjuicio excepcional.

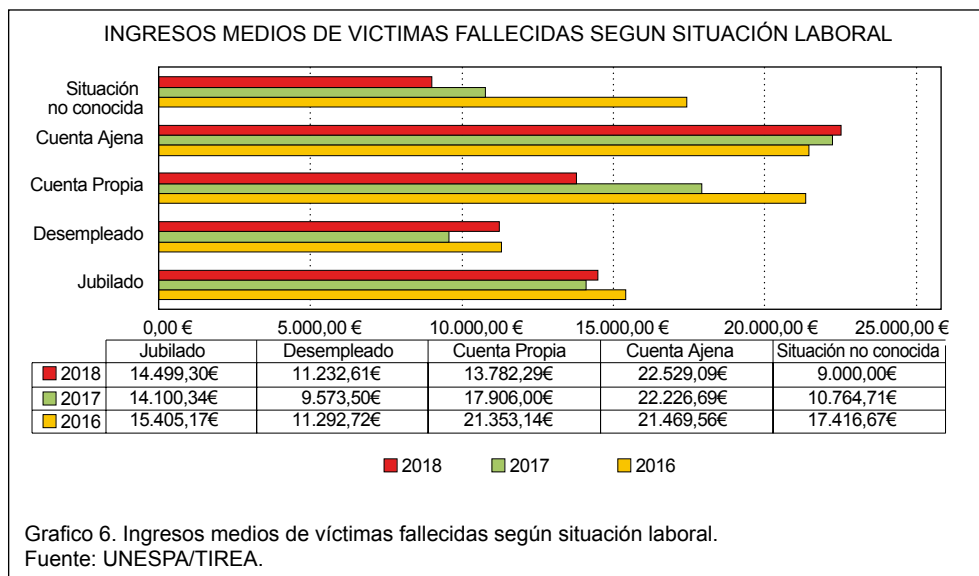
B. El perjuicio excepcional

- 3.43 En el año 2016 solo se han reclamado 17 casos, que representan el 1,1% del total de perjuicios particulares reclamados y un 0,6% del total de perjudicados (4.691). En el año 2017 se han reclamado 8 casos que representan el 0,7% del total de perjuicios particulares y un 0,2% del total de perjudicados (4.311).
- 3.44 Aunque ninguno de los colectivos que aplica el baremo afirme haber alegado o haber concedido o denegado un perjuicio excepcional (cf. art. 77 LRCSVM), todos señalan que es el perjuicio que mayores problemas probatorios puede generar.
- 3.45 Además, una primera cuestión que plantea el perjuicio excepcional (art. 33.5 LRCSVM), referida a su regulación actual, es si debe referirse exclusivamente a los perjuicios extrapatrimoniales (arts. 77 y 112 LRCSVM), o si tiene sentido que en el futuro se reconozcan también perjuicios excepcionales de carácter patrimonial.
- 3.46 Por unanimidad, las entidades consideran que el perjuicio excepcional solo debe alcanzar el perjuicio extrapatrimonial, «ya que el patrimonial está dentro de las reglas del sistema en base a los ingresos

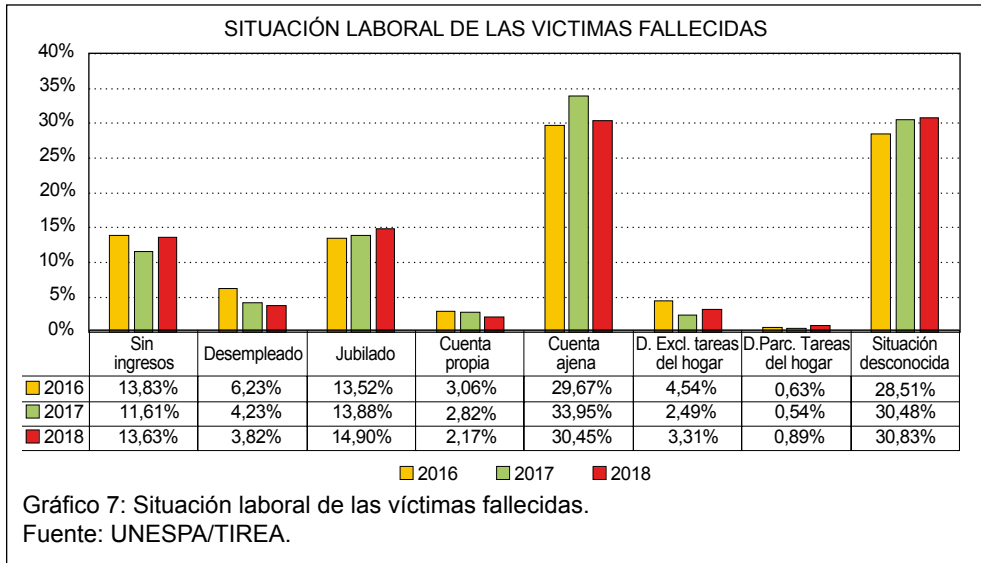
de la víctima», sin mencionar que también se puede referir a gastos, y el 50% de delegaciones del CCS comparte esa exclusividad extra-patrimonial. No obstante, un 20% de esas delegaciones, así como abogados (79%), abogados de víctimas (mayoría sin determinar) y AAVV (100%), consideran que debería referirse también al perjuicio patrimonial. Un ejemplo común de esos casos de perjuicio excepcional de naturaleza patrimonial sería el caso del familiar que se hace cargo de un menor que pierde ambos progenitores, asumiendo la carga de crianza de ese menor, ejemplo que debería matizarse más porque el lucro cesante que percibiría el menor en estos casos como perjuicio patrimonial derivado de la muerte de sus padres ya tiene por finalidad cubrir el coste económico de su manutención.

- 3.47 Respecto a si en algún caso se ha indemnizado o resarcido algún perjuicio excepcional la respuesta casi unánime de todos los colectivos es que no. Los representantes del CCS refieren un solo caso en que fue solicitado y lo denegaron y que la Audiencia Provincial confirmó que la denegación era correcta. Por su parte, el 90% de las entidades afirma que nunca han indemnizado un perjuicio excepcional, mientras que el 5% señala, como supuestos muy excepcionales en los que sí se indemnizaron el de la pérdida de ambos progenitores en el accidente cuando el perjudicado, un bebe, todavía no tenía reconocida la filiación paterna y la abuela inició el procedimiento tras el siniestro, y un menor con síndrome de Asperger que tenía un vínculo especial con la hermana fallecida de 18 años.
- 3.48 Los datos aportados por TIREA, que se reflejan en el gráfico anterior, demuestran el carácter verdaderamente excepcional del resarcimiento de los llamados «perjuicios excepcionales», ya que supuso solo el 1,1% de todos los perjuicios particulares en 2016, y el 0,7% y 0,1% en 2017 y 2018, respectivamente.

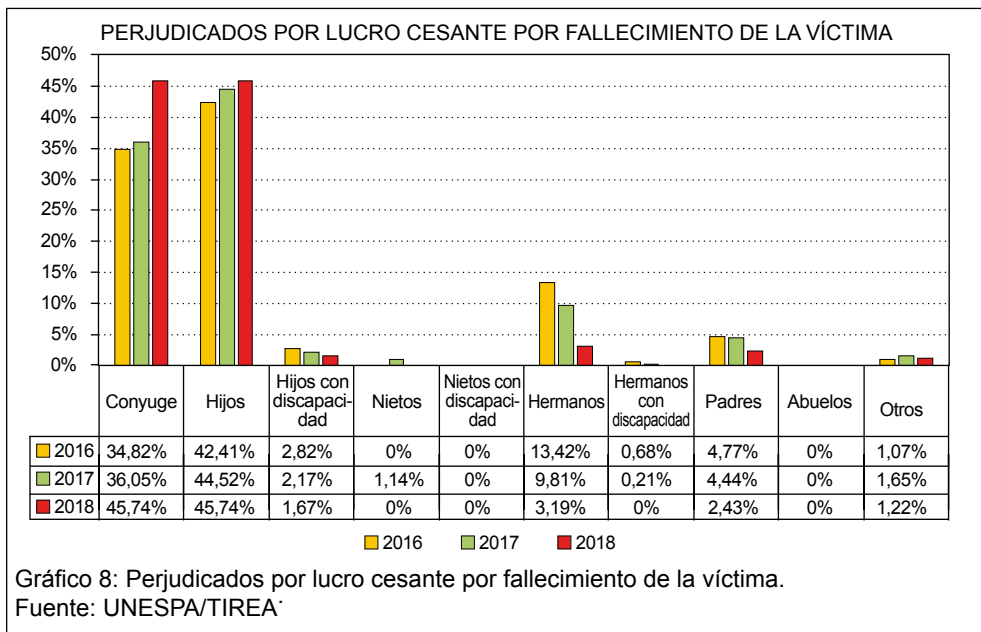
3.2.6. Perjuicios patrimoniales: problemas planteados por el cálculo del lucro cesante en los supuestos de fallecimiento



- 3.49 Debemos destacar en este apartado que los ingresos medios de las víctimas fallecidas en el año 2016 para el cálculo del lucro cesante fueron de 19.137,56 euros, pero cuando se trataba de víctimas con una situación laboral por cuenta ajena la media de sus ingresos fue de 21.469,56 euros, y en el año 2017 existió una casi inapreciable modificación pues los ingresos medios fueron de 19.141,21 euros y cuando la víctima trabajaba por cuenta ajena de 22.226,69 euros. Esto representa que las escalas que se utilizarían para valoración de lucro cesante en estos supuestos serían la de ingresos netos «Hasta 21.000 euros» y «Hasta 24.000 euros».
- 3.50 El ingreso medio para las víctimas jubiladas se sitúa siempre en el nivel del lucro cesante con ingresos «Hasta 15.000 euros», en los casos cuya situación laboral es por cuenta propia, el nivel de ingresos es «Hasta 21.000 euros» y para la situación laboral de víctimas que trabajaban por cuenta ajena, resulta como nivel de ingresos más habitual «Hasta 24.000 euros».



3.51 Este gráfico nos permite conocer los distintos tipos de situación laboral de las víctimas fallecidas, destacando que siempre las víctimas que trabajan por cuenta ajena son el porcentaje mayor, pero existiendo un muy elevado porcentaje donde se desconoce aún la situación laboral de la víctima.



- 3.52 Debemos destacar que del total de perjudicados por fallecimiento en el año 2016 (4.691) únicamente el 22% (1.028) reclamaron lucro cesante, y en el año 2017 un 22,5% (968 perjudicados sobre 4.311).
- 3.53 Los perjudicados que más reclamaron lucro cesante fueron siempre los hijos con un porcentaje del 45% (465) en el año 2016 y del 47% (452) en el año 2017, seguido de los cónyuges con el 35% en 2016 y 36% en 2017.
- 3.54 La valoración de si el cálculo del lucro cesante ha planteado problemas o no varía según los diferentes colectivos. Así, mientras que los abogados de víctimas no se pronuncian sobre este aspecto, la mayor parte de las entidades manifiesta que no ha creado problemas (58%), menos de la mitad de los abogados (40%), el CCS y más de la mitad de las AAVV (67%) considera que sí ha creado problemas y estos son, principalmente los que se exponen a continuación.

A. El cálculo de cuotas en general

- 3.55 La mayor parte de los distintos colectivos profesionales que aplican el baremo y una minoría de entidades señalan que el modelo o el modo de aplicarlo es erróneo, pues solo tiene en cuenta la cuota y no los importes, y a más perjudicados menos lucro se indemniza. Debería corregirse la forma de adaptar las cuotas utilizando el criterio de las cuantías acumuladas y reducir el porcentaje sobre la proporción que supone cada perjudicado. Así, por ejemplo, en el caso de un ascendiente que tiene una cuota del 20%, pero un lucro muy bajo, su cuota se computa en un porcentaje como las demás, sin tener en cuenta esa escasa cuantía. Ello puede incentivar a que esos perjudicados decidan excluirse para que no se reduzca tan drásticamente la indemnización de los demás, para luego ponerse de acuerdo en privado con esos perjudicados beneficiados por su autoexclusión. Debería, pues, tenerse en cuenta también qué cuantía supone respecto a las demás.
- 3.56 Las AAVV señalan además que el exceso de cuotas debería tener en cuenta que la reducción fuera proporcional a los años de dependencia que le restan a los perjudicados, ya que la reducción proporcional

por exceso de cuotas no debe ser lineal y debe tener en cuenta los años de dependencia de cada perjudicado, pues no es lo mismo que a un perjudicado le queden 3 años de dependencia económica, que le queden 27 años.

- 3.57 No obstante, la mayor parte de las entidades señalan que debería evaluarse si la casuística es suficiente para proponer un cambio normativo en la regulación de las cuotas de los perjudicados, ya que estas parece que resultan aptas para la mayoría de las situaciones y que quizás, tan solo habría que establecer algunas reglas específicas para situaciones «extremas», pero sin complicar demasiado el sistema general de reparto.

B. El cómputo de la cuota del conductor culpable que pertenece a la categoría de perjudicados

- 3.58 Las entidades que manifiestan que el cálculo del lucro cesante ha dado problemas (32% del total), señalan que este es uno de ellos y que la interpretación que hacen de la Ley en la práctica es no computar la cuota del perjudicado culpable para el cálculo del lucro cesante de los demás perjudicados. Por su parte, los abogados y las AAVV consideran que la cuota del conductor culpable no debería entrar en el cómputo y que, por lo tanto, no debería reducir la cuota de los demás, de modo que para llevar a cabo el cálculo del lucro cesante deberían tenerse en cuenta solo las cuotas correspondientes a los demás perjudicados. Las AAVV proponen que, alternativamente, en este caso deberían entrar los abuelos.

C. Casos en los que existe excónyuge con derecho a pensión compensatoria

- 3.59 La mayor parte de los distintos colectivos profesionales que aplican el baremo y una minoría de entidades señalan que en los casos en que existe excónyuge con derecho a pensión compensatoria, existe una antinomia entre los arts. 87.2.b) y el 92.2 LRCSCVM, en el sentido que el primero lo hace entrar en el reparto de cuotas, mientras que el art. 92.2 LRCSCVM especifica claramente que se indemnizará de forma

directa su lucro cesante mediante el pago de 3 años de pensión. Por ello, se considera que, debido a esa regulación específica del art. 92.2 LRCSCVM, el excónyuge con derecho a pensión compensatoria que no se extingue por el fallecimiento de su excónyuge debe quedar claramente fuera del reparto de cuotas. En todo caso, la suma total de su indemnización resultante del cálculo del art. 92.2 LRCSCVM (pensión durante 3 años), debería restarse del total a repartir entre todos los perjudicados, pero en ningún caso debería entrar dicho excónyuge a reducir todavía más cuota. Desde el punto de vista práctico, el problema tiene poca incidencia en los años 2016, 2017 y 2018 se han reportados muy pocos casos (2, 6 y 8, respectivamente).

D. El concepto de «ingresos netos»

- 3.60 La práctica totalidad de todos los sectores y una mayoría de las entidades (65%) consideran que debería existir una definición legal del concepto de «ingresos netos». Indican que sería muy conveniente, dado que surgen discrepancias a la hora de determinar cuáles son los ingresos netos aplicables, ya que en la Declaración de la Renta aparecen los conceptos de rendimiento neto previo, rendimiento neto y rendimiento neto reducido (casillas 17, 21 y 23). También ayudaría sobre todo aclarar si de los ingresos netos hay que deducir la tasa impositiva, así como el caso de los autónomos en régimen de estimación objetiva por módulos, y diferenciar tanto los ingresos netos de los que trabajan por cuenta ajena, como los de los autónomos, ya que en la actualidad los gastos fijos de los autónomos no se tienen en cuenta a la hora de calcular el lucro cesante al que no les afecta el neto.
- 3.61 Cabe destacar que algunos de estos aspectos relativos a la definición y cálculo de los ingresos ya han sido abordados por la GBP de ingresos netos y se han incorporado a ella (Punto 3:4) por los Acuerdos de la CS del 27.11.2018.

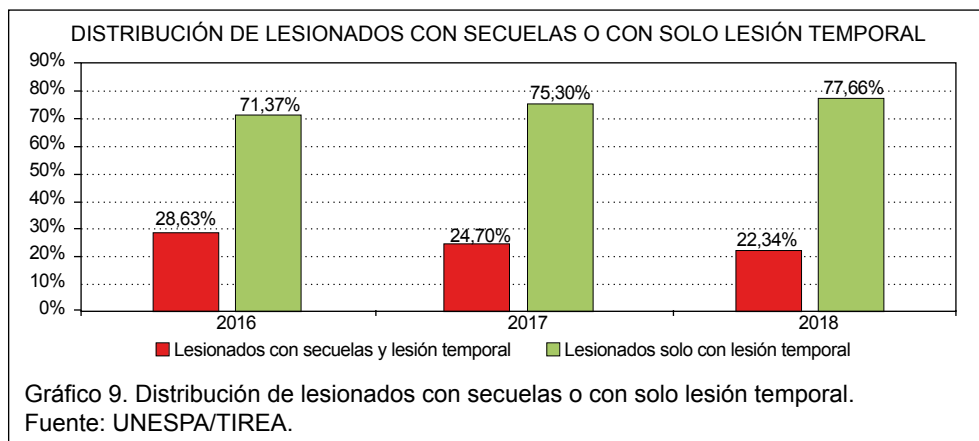
E. La toma en cuenta de pensiones netas en el caso de valoración actuarial individualizada del lucro cesante

- 3.62 De modo casi unánime los abogados y AAVV, y la mayoría de entidades (75%), y de abogados de víctimas (72%), consideran que, en el caso de valoración actuarial individualizada del lucro cesante, las pensiones deberían tomarse netas del correspondiente impuesto sobre la renta. Señalan que, si los ingresos son netos, las pensiones también deben calcularse como netas.

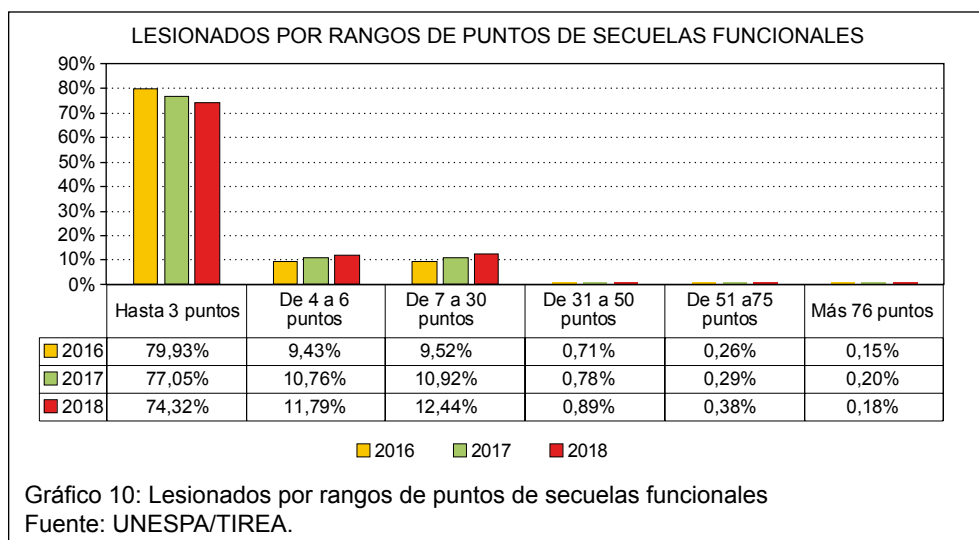
F. Otros problemas

- 3.63 Entre los otros problemas relativos al cálculo del lucro cesante se destacan, por ejemplo, el propio concepto de «dependencia económica» del perjudicado y la acreditación de tal condición, en especial cuando el perjudicado no es ni el cónyuge ni un hijo menor de edad. También la justificación de los ingresos por parte de autónomos, o problemas más generales de documentación, prueba o de los déficits en la formación de los tramitadores.

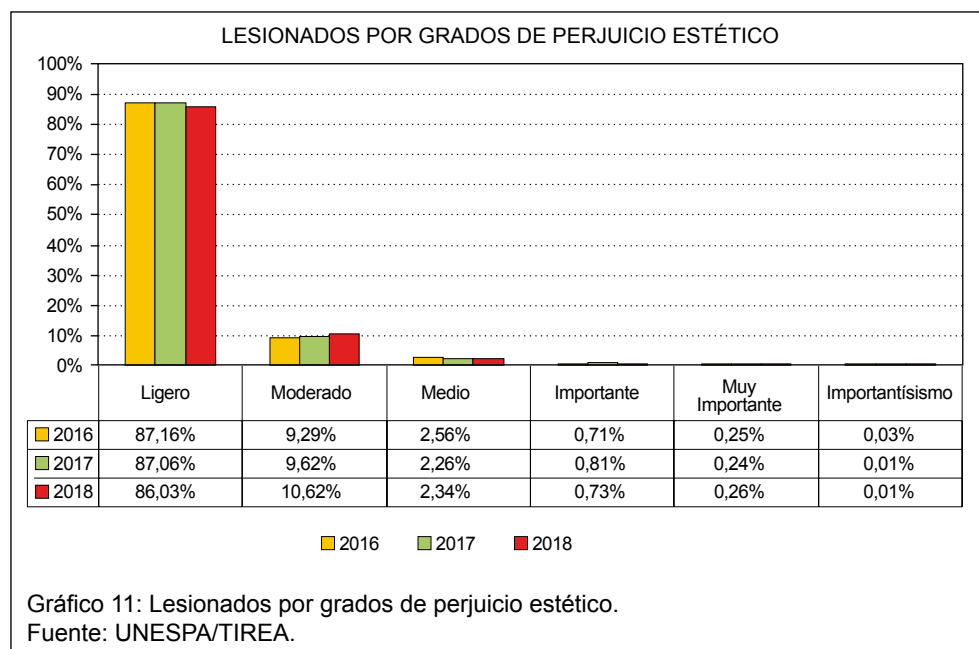
3.3 Reglas sobre las secuelas



3.64 Tal como puede apreciarse en el gráfico 9, del total de las víctimas con daños corporales, existe una media en los tres años analizados que aproximadamente el 75% solo sufren lesiones temporales y únicamente un 25% de media presentan algún tipo de secuela. Así, por ejemplo, en el año 2016 las víctimas con solo lesión temporal fueron el 71,4% y el 28,6% sufrieron secuelas, lo que en cifras absolutas suponen 241.198 lesionados con solo lesión temporal y 96.765 lesionados con secuelas.



- 3.65 La media por secuelas funcionales ha sido de 3,4 puntos por víctima en 2016 y de 3,7 puntos en el año 2017, destacando que un 80% de los casos en 2016 y un 77% en 2017 se distribuyen en los 3 primeros puntos. Dentro de esos tres primeros puntos, en 2016, un 47,1% corresponde a un punto, el 19,6% a dos puntos, y el 13,3% a tres puntos.
- 3.66 Debemos resaltar que los lesionados con secuelas de hasta 7 puntos, en 2016 representan el 89,3% de los lesionados y en el año 2017 el 87,9%; a partir de 30 puntos representaron en 2016 el 1,1% y el 1,3% en 2017, mientras que los lesionados de más de 76 puntos fueron el 0,15% en 2016 y el 0,20% en 2017.



- 3.67 La media por secuelas estéticas ha sido de 3,9 puntos por víctima en 2016 y de 3,7 puntos en 2017, destacando que un 87,2% de los casos en 2016 y un 87,1% en 2017 se concentran en el grado de «perjuicio estético ligero».

- 3.68 Los grados de perjuicio estético ligero y moderado en 2016 representan el 96,5% de los lesionados y en 2017 el 96,7%, mientras que los grados de perjuicio estético muy importante e importantísimo representaron el 0,28% en 2016 y el 0,25% en 2017.

3.3.1.El baremo médico (arts. 96 y ss. y la tabla 2.A.1)

- 3.69 El art. 95.2 LRCSCVM dispone que «[L]a determinación de las secuelas y de su gravedad e intensidad se realiza de acuerdo con el baremo médico contenido en la tabla 2.A.1».
- 3.70 Los médicos de las entidades aseguradoras manifestaron que tras solamente tres años de aplicación del nuevo sistema valorativo no se ha detectado una necesidad de revisión, ya que se ha incorporado una nueva estructura y clasificación de secuelas, con una puntuación conforme a la aparición de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento, y por ello consideran que es plenamente válido en el momento actual.
- 3.71 En el panel de médicos forenses y también en el de médicos valoradores se señaló que durante la elaboración de la Ley 35/2015 y de la correspondiente tabla 2.A.1 no se dio la importancia requerida a las afectaciones psíquicas. A diferencia de las lesiones traumáticas, se considera que el legislador ha contemplado con desconfianza y recelo las lesiones psíquicas, como demuestra el exceso de requisitos que se exigen para su consideración y que no se exigen para otros tipos de secuelas. Así lo manifiesta claramente la nota que encabeza el apartado de «Psiquiatría y Psicología Clínica» de la tabla 2.A.1, que señala que «[E]s indispensable que el cuadro clínico se produzca como consecuencia de un accidente de circulación de naturaleza *excepcionalmente amenazante o catastrófica* (énfasis añadido) en el que se hayan producido lesiones graves o mortales, y en el que la víctima se haya visto directamente involucrada». Sin embargo, algunos médicos valoradores de las entidades aseguradoras manifestaron que no existe una insuficiencia en la valoración de las secuelas psíquicas de la tabla 2.A.1 y que existió una mejora respecto al baremo anterior.

3.72 En el panel de médicos forenses también se señaló que en la confección de la tabla 2.A.1 existieron discrepancias que finalmente fueron dirimidas por un cuadro de médicos del CCS no especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica. En este sentido, se manifiesta que en relación a las secuelas psíquicas la Tabla 2.A.1 es un baremo «ad hoc», que no se ajusta a las clasificaciones internacionales sobre secuelas psíquicas, y que no se utiliza adecuadamente ni la quinta edición del «Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM 5)»¹⁶, ni la «Clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS (CIE-10)»¹⁷. Entre otras cuestiones, se destaca que:

- Las anotaciones (notas) antes del código 01158 que se incluyen en la tabla 2.A.1 y que hacen referencia al CIE 10 o DSM-V son innecesarias.
- Se refleja una absoluta escasez en diagnósticos de psiquiatría (solo se ha incluido el estrés postraumático y las depresiones). Faltan muchos diagnósticos de valoración de secuelas y por ello, resultaría necesario un anexo psiquiátrico que debería de incluirse en la tabla 2. A.1.
- Existe una diferencia excesiva entre la valoración de las secuelas funcionales y la valoración asignada a las secuelas psiquiátricas y, en este sentido, se considera totalmente insuficiente la valoración máxima de 25 puntos para las secuelas psíquicas que establece la tabla 2. A.1. Piénsese, por ejemplo, en las depresiones mayores crónicas, que pueden ser muy invalidantes, y que están insuficientemente valoradas. Tampoco debería existir ninguna secuela psíquica con el valor de 1 punto, como sucede en la actualidad, porque el sufrimiento psíquico de una persona no puede valorarse nunca en 1 solo punto. Opiniones similares se manifestaron en el Panel de médicos valoradores.

¹⁶ Que puede consultarse en «https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/dsm/pdf/Spanish_DSM-5%20Coding%20Update_Final.pdf» (Fecha de consulta: 20.4.2019).

¹⁷ Que puede constarse en http://www.psicocarea.org/cie_10.htm (Fecha de consulta: 20.4.2019).

- La tabla se ha olvidado de que la psicopatología es una prueba objetiva que permite determinar y valorar las secuelas psíquicas.
- Se considera relevante la omisión en la tabla 2.A.1, dentro de las secuelas psíquicas, del «trastorno adaptativo».
- Debería separarse con toda claridad las diferencias entre las secuelas de psiquiatría y las secuelas de neurología.
- Se considera que debería de solicitarse un dictamen al Consejo Médico Forense para adecuar la valoración de las secuelas psíquicas.

3.73 Sin embargo, para los médicos de las entidades aseguradoras este tipo de secuelas están valoradas de forma apropiada en la tabla 2.A.1, con puntuaciones que pueden llegar a alcanzar hasta los 90 puntos de secuelas, por lo que no consideran en modo alguno que dichas valoraciones sean insuficientes.

3.74 En el curso de las intervenciones del panel de médicos forenses también se manifestó, entre otras cuestiones, que:

- Se debería incluir una secuela de «anestesia o hipoestesia por heridas en piel» en el Capítulo X – Sistema cutáneo.
- La secuela del código 03117 de «Síndrome residual post-algodistrofia de mano» tiene una valoración muy baja con el 1-5 puntos y que sería más apropiada una horquilla de 1-10 puntos.
- En Capítulo VII – Sistema urinario, en el apartado «vejiga», se debería incluir una «Secuela de lesión traumática».
- En Capítulo VIII – Sistema reproductor, en el apartado aparato genital masculino, la secuela de «impotencia» (código 08011) de 2-20 puntos debería obtener una mayor puntuación (hasta 30 puntos) y la secuela «prótesis de pene» (código 08012) debería llegar como mínimo a 20 puntos.

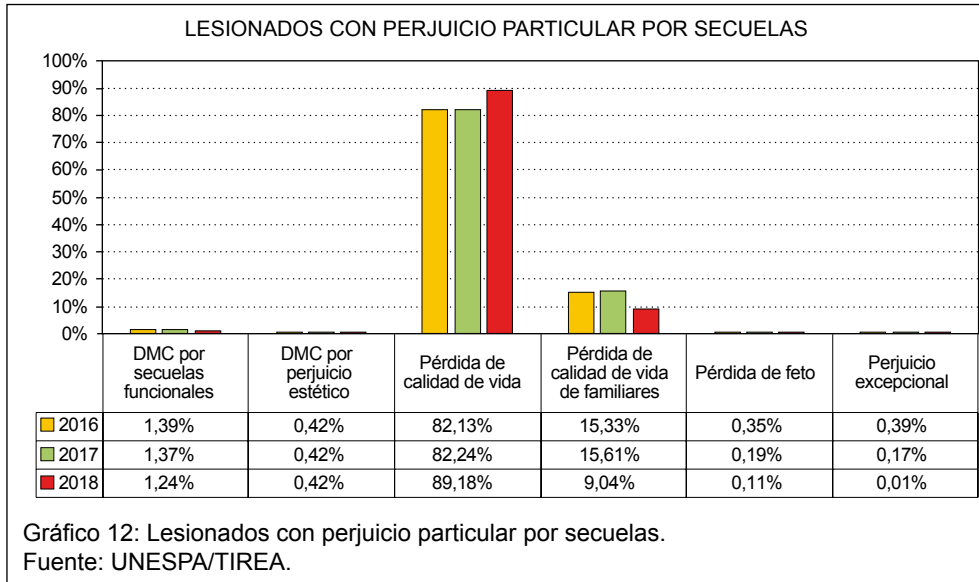
3.75 Por su parte, en el panel de médicos valoradores, se consideró que:

-
- En el apartado «boca» «dientes» debería desaparecer la reducción de valoración por el uso de cualquier tipo de prótesis, haciendo desaparecer el texto situado después de la secuela con código 02055.
 - En el apartado «columna vertebral» debería señalarse en las secuelas con código 03005, 03013 y 03014, que «deberán valorarse de forma separada cada uno de los segmentos que afectan a columna cervical, dorsal o lumbar». En el mismo apartado también, debe indicarse en la secuela con código 03016 la referencia «Limitación únicamente el segmento dorsal o lumbar». Opiniones parecidas se manifiestan también en el Panel de abogados.
 - En el apartado «rodilla» debe arreglarse el código 03191, que debe indicar «Artrosis postraumática (según limitaciones funcionales y dolor)».
 - En el apartado de «Extremidad inferior – Amputaciones», donde se indica «la valoración de esta secuela dependerá del grado de la toleración de la prótesis» se debe añadir «valorándose la estabilización con la prótesis definitiva».
 - En las secuelas de «trastornos cognitivos y daño neuropsicológico», hay que tomar con cautela las manifestaciones del propio lesionado, que muchas veces no tiene una «consciencia real» de la patología que presenta, y puede considerarse mejor o peor de lo que realmente se encuentra. Por ello, es muy importante que estas valoraciones sean realizadas por un especialista. En este mismo apartado debería tenerse en cuenta y valorarse la diferencia entre sufrir estas secuelas durante la infancia y los importantes efectos que entonces produce. Los médicos de entidades señalan que, en realidad, no se trata de cuestiones relativas a las secuelas sino a la pérdida de calidad de vida, que ya se tiene en cuenta en la afectación de las actividades esenciales y de desarrollo personal del niño.
 - Se apunta que en la secuela de código 03012 «Cuadro clínico derivado de hernia discal correlacionable con el accidente» lo más importante es valorar la «clínica» o «sintomatología» que la hernia o hernias producen al lesionado.

- 3.76 En el panel de abogados, además de manifestarse la importancia de señalar en el apartado «columna vertebral», en las secuelas con código 03005, 03013 y 03014, que «deberán valorarse de forma separada cada uno de los segmentos que afectan a columna cervical, dorsal o lumbar», se señaló también que además de hernia puede existir «protrusión», por lo que debería introducirse en la secuela con código 03012 la expresión «protrusión discal» o «lesión discal» (incluyendo todos los grados de la misma: protrusión, hernia, etc.) con la siguiente redacción: «cuadro clínico derivado de hernia/s o protrusión discal es correlacionable con el accidente». En este aspecto, los médicos de entidades aseguradoras indican que es imprescindible realizar un estudio respecto al nexo de causalidad entre dicha lesión discal y el accidente de circulación.

3.3.2. Los perjuicios particulares por secuelas

- 3.77 De un modo paralelo a como sucede en los supuestos de indemnizaciones por causa de muerte, los arts. 105 a 112 LRCSCVM establecen una tipología de perjuicios personales particulares, entre los que destaca por su carácter más general el llamado «perjuicio por pérdida de calidad de vida», que tiene por objeto resarcir el perjuicio que sufre la víctima por la pérdida o limitación de su autonomía personal para realizar las actividades esenciales de la vida ordinaria o de su desarrollo personal mediante actividades específicas (cf. arts. 107 y 50, 51 y 53 LRCSCVM) y que, según datos aportados por TIREA, ha supuesto aproximadamente el 82% de todos los perjuicios particulares alegados.
- 3.78 Hay que tener en cuenta que, respecto al total de lesionados con secuelas, los lesionados con perjuicios particulares representan, en el año 2016, el 13% y en el 2017, el 15%. El siguiente gráfico representa la distribución de esos perjuicios particulares por tipo de perjuicio resarcido:



3.79 Entre los datos aportados cabe destacar la escasa incidencia de los llamados «daños morales complementarios por perjuicio estético» (en el gráfico, DMC) (art. 106 LRCSCVM), que requieren para su reconocimiento una puntuación «que alcance al menos treinta y seis puntos», es decir, que se halle en la banda alta del llamado «perjuicio muy importante» (de 31 a 40 puntos) o que sea «importantísimo» (de 40 a 50 puntos) y que se da, de media, solo en el 0,23% de los casos en que existe perjuicio estético. Destaca también la baja incidencia del perjuicio por pérdida de feto (media del 0,21%) y el perjuicio excepcional (media del 0,19%).

3.3.3. En especial, el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida (arts. 107-109 LRCSCVM)

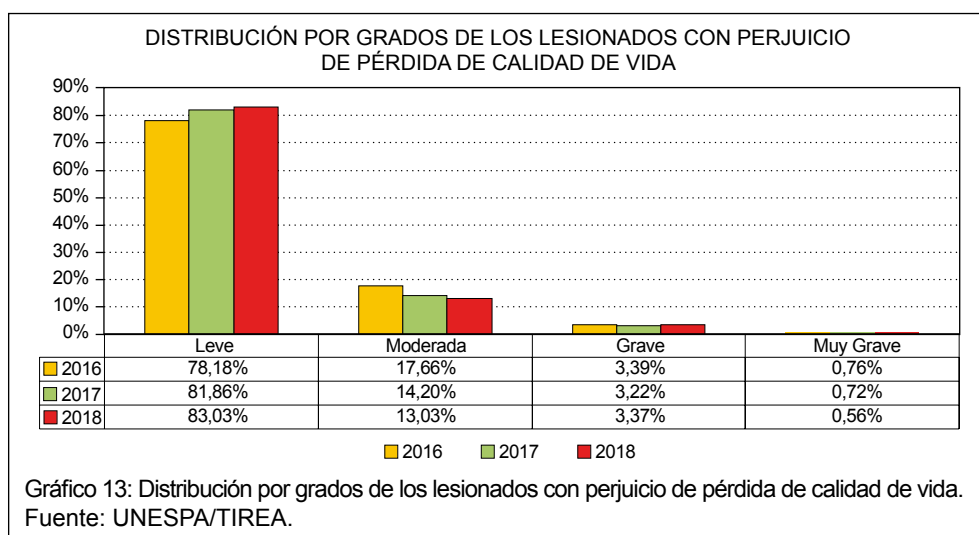
3.80 El perjuicio moral por pérdida de calidad de vida engloba diversos aspectos, que son:

3.81 a) la «pérdida de autonomía personal», que consiste en el menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impide o limita la realización de las actividades esenciales de la vida ordinaria (art. 50 LRCSCVM), tales como comer, beber, asearse, vestirse, sentarse, levantarse y acostarse, controlar los esfínteres, desplazarse, realizar tareas

domésticas, manejar dispositivos, tomar decisiones y realizar otras actividades análogas relativas a la autosuficiencia física, intelectual, sensorial u orgánica (art. 51 LRCSCVM);

3.82 b) la «pérdida de desarrollo personal», que consiste en el menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impide o limita la realización de actividades específicas de desarrollo personal (art. 53 LRCSCVM) tales como las relativas al disfrute o placer, a la vida de relación, a la actividad sexual, al ocio y la práctica de deportes. Se refiere, pues, a una serie de actividades mediante las cuales el perjudicado se realizaba como persona, tanto en su dimensión individual como social. El perjuicio moral por la pérdida que afecta al desempeño de un trabajo o profesión, es un perjuicio que también afecta el desarrollo personal y que el legislador ha querido destacar de modo especial porque supone un instrumento de desarrollo personal de primer orden que incide directamente sobre la autoestima de la persona, la mantiene activa y la hace sentir útil.

3.83 Por su parte, el art. 108 LRCSCVM establece que el perjuicio puede ser «muy grave», «grave», «moderado» o «leve» y el art. 109 LRCSCVM establece criterios para la medición del perjuicio. De acuerdo con los datos aportados por TIREA, la inmensa mayoría de los perjuicios resarcidos en la práctica (78,2% en 2016 y 81,9% en 2017) es de carácter leve.



- 3.84 Del total de lesionados con secuelas en 2016 (96.735), el 13,1% sufrió perjuicios particulares (12.629 lesionados). El 82,1% de esos lesionados con perjuicios particulares sufrió el perjuicio particular de pérdida de calidad de vida (10.372). El resto de lesionados con perjuicio particular (2.257), corresponde mayoritariamente al perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados (1.936), que representa el 15,3% de los lesionados con perjuicio particular. Este último dato no parece muy congruente si se tiene en cuenta que ese perjuicio sólo lo pueden pedir los familiares de personas que sean grandes lesionados o asimilados (art. 110 LRCSCVM), personas que a su vez sufren un perjuicio particular de pérdida de calidad de vida grave o muy grave, y que el número total de esos lesionados en 2016 es solo de 431.
- 3.85 Existe una gran coincidencia entre todos los colectivos consultados en que las principales actividades específicas de desarrollo personal que se alegan para solicitar el resarcimiento de este tipo de perjuicios son las actividades de ocio, deporte y en algún caso actividades de desarrollo laboral y relativas al disfrute o placer. Se señalan a continuación los principales problemas que han detectado en la práctica.

A. El solapamiento de cuantías en los distintos grados

- 3.86 Existe una opinión mayoritaria de que el solapamiento de las cuantías que puede darse entre los distintos grados de perjuicio por disponer el art. 109.3 LRCSCVM que «[E]l máximo de la horquilla correspondiente a cada perjuicio es superior al mínimo asignado al perjuicio del grado de mayor gravedad precedente», y que se refleja en la tabla 2.B, introduce una complejidad innecesaria y artificiosa. La inmensa mayoría de los abogados y la mayoría de las AAVV considera que no debería existir solapamiento de las indemnizaciones entre los distintos grados, «siendo el leve hasta 15.000 euros, el moderado de 15.001 hasta 50.000 euros, el grave de 50.001 hasta 100.000 euros y el muy grave de 100.001 hasta 150.000 euros (con las actualizaciones del 2018)». El 60% de las entidades considera que el solapamiento complica el tema innecesariamente y que no tiene sentido que el grado mínimo de una categoría superior lo sea al máximo de la que le precede. Los abogados de víctimas añaden que en algunos casos las entidades

aseguradoras incluso prefieren abonar menos cantidad de indemnización valorando el perjuicio como moderado que no como leve en su grado máximo. El CCS considera que el solapamiento introduce complejidad en la identificación y en la valoración del perjuicio valorado, con resultados en ocasiones no consistentes, y no ve por ello impedimento a revisar cuantías y suprimir así el solapamiento.

B. La necesidad de clarificar los términos que se utilizan para distinguir los distintos grados (art. 108 LRCSCVM)

- 3.87 La inmensa mayoría de todos los colectivos consultados considera que los términos «casi totalidad», «la mayor parte», «algunas» o «una parte relevante», referidos a las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o específicas de desarrollo personal que se ven afectadas, que utiliza el art. 108 LRCSCVM para distinguir los distintos grados de pérdida de calidad de vida deberían clarificarse mejor.
- 3.88 De modo unánime las delegaciones del CCS señalan que estos conceptos plantean problemas de interpretación, aunque la solución dada por la aplicación de la calculadora de TIREA, de alguna manera, resuelve parte del problema y una parte importante de las entidades (65%) señalan que debería concretarse el porcentaje de actividades sobre el total para calificar cada grado y su incidencia sobre cada persona en función también de su edad. Por su parte las AAVV añaden que debería dejarse claro que «relevante» no es un término cuantitativo sino cualitativo. No es necesario que sean varias actividades las afectadas, sino que con una sola es posible que exista ese perjuicio siempre que esta sea significativa para la vida de la persona. Así, por ejemplo, en el caso de una persona con una actividad deportiva muy intensa, pero no profesional, y que tiene un trabajo totalmente sedentario que no le importa más que para poder ganar el dinero suficiente para dedicarlo casi en exclusiva a la actividad deportiva o de ocio, y que se ha visto totalmente afectada por el accidente, debería considerarse motivo suficiente para entrar a valorar la mayor gravedad del perjuicio. Indican que son perjuicios que comportan una dificultad de prueba, por la prueba de la actividad y del significado que esa actividad tiene para la persona lesionada, que se reflejará en su dedicación, nivel, etc., y no

se explica por qué esa dificultad se incrementa con una lectura restrictiva y cuantitativa que ni siquiera la jurisprudencia anterior, con el factor corrector de secuelas que impedían o limitaban actividades, exigía.

C. El límite de «más de seis puntos» para poder reclamar la pérdida de calidad de vida leve en secuelas (art. 108.5 LRCSCVM)

- 3.89 Existe una previsible contraposición de pareceres en este punto. Así, mientras que las entidades consideran que el límite no debería ni reducirse ni eliminarse, la inmensa mayoría de abogados, abogados de víctimas y AAVV consideran que deberían eliminarse o, al menos reducirse. El CCS considera que cabría una revisión del umbral a la vista de las secuelas que en concreto constan con puntuaciones iguales o inferiores a 6 en el Baremo Médico.
- 3.90 En favor de mantener el límite, alegan las entidades la dificultad de valorar ese perjuicio, que se vería incrementada si se pudiera aplicar a cualquier secuela y que el límite facilita la cuantificación. Entienden, además, que toda secuela implica una pérdida de calidad de vida que iría implícita [sic] en el valor del punto; por ello, consideran que el resarcimiento como perjuicio particular procedería solo cuando esa pérdida supone un plus de perjuicio, es decir, que el límite de 6 puntos determinaría dicho plus.
- 3.91 Señalan los otros colectivos que se manifiestan a favor de reducir o suprimir el límite, que hay secuelas que pueden valorarse en menos de 7 puntos, pero ser muy relevantes (p.ej. pequeñas amputaciones, secuelas estéticas que pueden «mermar la moral»). Añaden que el límite produce el efecto reflejo de reducir el número de puntos que otorgan las entidades, procurando así que no pasen de 6 puntos para no tener que resarcir este concepto perjudicial. Abogan por la eliminación y, en este sentido, las AAVV señalan que de la misma forma que un pianista profesional puede quedar incapacitado totalmente para su actividad por perder la falange distal de un dedo (1-3 puntos), es injustificable que se requieran 7 puntos para afectaciones parciales a actividades no laborales, pero que pueden ser de especial trascendencia para la persona.

3.92 Según los datos, los casos en que se producen lesiones con secuelas de hasta 3 puntos en 2016 son 79,9%, y el 77,1% en 2017. También debe destacarse que hasta 7 puntos, en 2016 representa el 89,3% de los lesionados y en 2017 el 87,9%. Por ello, el efecto práctico del límite de «más de seis puntos» para poder reclamar la pérdida de calidad de vida leve en secuelas que fija el art. 108.5 LRCSCVM es excluir la posibilidad de indemnización de este concepto perjudicial en el 89,3% y en el 87,9% de los casos, aunque debe reconocerse que, con puntuaciones bajas, es poco probable que estadísticamente exista «pérdida de calidad de vida».

D. Los grados de la pérdida de calidad de vida en relación con la incapacidad laboral

3.93 La indemnización por pérdida de calidad de vida tiene por objeto resarcir el perjuicio extrapatrimonial que sufre el lesionado por las secuelas que impiden o limitan, bien su autonomía personal, bien su desarrollo personal, mediante el desempeño de las actividades correspondientes (cf. art. 107 LRCSCVM). Una de las actividades de desarrollo personal es el trabajo que, además de constituir una fuente de ingresos, constituye una importantísima actividad específica de desarrollo que tiene por objeto, como indica el art. 54 LRCSCVM, «la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad». Por esta razón, los distintos grados de incapacidad, además de tenerse en cuenta en la Ley para computar la pérdida de ingresos de trabajo personal (arts. 128.1 y 129 LRCSCVM), se tienen en cuenta para determinar el grado de pérdida de calidad de vida (art. 108 LRCSCVM).

3.94 En este sentido, el art. 108.2 LRCSCVM considera que es una pérdida de calidad de vida grave la incapacidad absoluta, moderada la total y leve la parcial. A diferencia de la pérdida de autonomía personal, que puede ser muy grave o grave, la pérdida de la posibilidad de realizar la actividad específica laboral solo puede ser grave y cabe plantearse si esta gradación es adecuada o no y, en caso de no serlo, si la incapacidad absoluta, en su dimensión extrapatrimonial, debería equipararse a la pérdida de calidad de vida muy grave.

- 3.95 La práctica totalidad de las entidades, el CCS y una mayoría de los abogados consideran que no deberían incrementarse el grado de la incapacidad absoluta de grave a muy grave. Entienden que su gravedad no alcanza a la de la gran invalidez, y algunas entidades entienden que ese perjuicio ya quedaría indemnizado con el pago del lucro cesante (*sic*). La mayor parte de las AAVV y abogados de víctimas aboga, en cambio, por aumentar el grado correspondiente a la incapacidad absoluta de grave a muy grave.
- 3.96 Frente a esta discrepancia, existe, en cambio un mayor consenso en lo que se refiere a la cuantía con la que se resarcen los diversos grados, lo que también afectaría al perjuicio de pérdida de calidad de vida por incapacidad absoluta. Así, el CCS considera que, aunque no debería incrementarse el grado de la incapacidad absoluta, sí deberían incrementarse las indemnizaciones en cada uno de los grados, puesto que la diferencia con el anterior baremo, a diferencia del resto de conceptos, es muy sustancial. En el mismo sentido las AAVV señalan que deberían revisarse las cantidades para volver al nivel de la ley anterior con la correcta interpretación de la STS (Sala 4ª, Pleno) de 23.06.2014 (RJ 2014\1257), que unificó doctrina respecto a la interpretación del factor corrector de secuelas, que impidan o limiten actividades, al considerarlo 100% daño moral, modificando la doctrina anterior seguida por el Legislador del Nuevo Baremo, la STS (Sala 4º), de 17.07.2007 (Rec. 4367/05), al publicarse la del 2014 cuando los trabajos de la CS ya habían sido cerrados.

3.3.4. Daño emergente (gastos) en caso de secuelas

A. Los gastos previsibles de asistencia sanitaria futura (arts. 113-114 LRCSCVM)

- 3.97 Aunque algunos colectivos, como los abogados y abogados de víctimas, prácticamente no se pronuncian sobre este tema, la mayoría de los que sí se pronuncian, y casi la mitad de los otros colectivos, consideran que la organización del sistema de indemnización de esos gastos a la Seguridad Social ha generado problemas. Así, por ejemplo, un 45% de las entidades se han encontrado con problemas tales como

la dificultad de contactar con los Centros no adheridos al Convenio. Señalan que el principal problema es la no adhesión de algunos de los Servicios de Salud de las CCAA al sistema de gestión CAS (Convenio de Asistencia Sanitaria Futura), y que en la actualidad todavía existen tres Comunidades Autónomas que todavía no se han pronunciado sobre si desean o no firmar dicho Convenio y otra que ya ha manifestado su intención de no firmarlo.

- 3.98 Señalan, además, que la Ley no ha tenido en cuenta a las Mutuas de Accidentes de Trabajo, que colaboran con la Seguridad Social y que prestan, al igual que los Servicios Públicos de Salud, asistencia sanitaria pública de la Seguridad Social en caso de accidente de tráfico que a la vez lo sea de accidente de trabajo (accidentes *in itinere*). En estos casos, las Mutuas de Accidentes de Trabajo están obligadas a reclamar el reintegro de esos gastos al tercero responsable (cf. art. 168.3 LGSS). La Ley no menciona a las Mutuas de Accidentes de Trabajo, que son las entidades responsables de prestar la asistencia sanitaria futura a los accidentados por accidente de trabajo (cfr. STS 11.4.2000 (RJ 2000\2767), 26.6.2001 (RJ 2001\6837), 24.9.2002 (RJ 2003\3416) o 23.9.2009 (RJ 2009\5656), ni hay una previsión expresa del reintegro de estos gastos a la Mutuas de Accidentes de Trabajo, en los arts. 113 y 114 LRCSC-VM. La Ley debería contemplar expresamente, no sólo a los Servicios Públicos de Salud, sino todos los servicios integrados en el Sistema Nacional de Salud, como son los de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, que colaboran con la Seguridad Social, y que asumen el coste sanitario por contingencia profesional (art. 12 del Real Decreto 1993/1995; SSTS 23.11.2004 (RJ 2005\1719), 29.10.2001 (RJ 2001\10023) y 20.7.2007 (RJ 2007/6741)). Dicha referencia también debería constar en el art. 49 LRCSCVM en relación con las actualizaciones.
- 3.99 El CCS, por su parte, señala que el problema principal deriva de los retrasos originados por la negociación del convenio y de la puesta en marcha de la plataforma de TIREA para el pago de esos gastos y la necesidad de que los centros privados, para cobrar sus prestaciones en estos supuestos, deban suscribir acuerdos con los Servicios Públicos de Salud. Por su parte tanto AAVV como abogados de víctimas señalan que en muchos casos los servicios públicos de salud no llevan

a cabo los trámites para obtener el abono de esos gastos futuros. No obstante, el CCS destaca que tiene aún muy escasa experiencia en materia de grandes lesionados y considera que no puede aportar criterios consolidados en materia de gastos futuros.

- 3.100 Para garantizar las prestaciones sanitarias que precisen los lesionados de forma vitalicia, las entidades aseguradoras y el CCS señalan que el instrumento adecuado son los Convenios con los Servicios Públicos de Salud. El Convenio Marco firmado con los Servicios Públicos de Salud regula las obligaciones de las partes y el procedimiento para hacer efectivos los pagos correspondientes; también recientemente se ha implantado una aplicación informática para canalizar las comunicaciones y pagos por parte de las entidades aseguradoras a los Servicios Públicos de Salud. La adhesión por las partes a estos Convenios debe ser suficiente para garantizar las prestaciones sanitarias y que los Servicios Públicos de Salud perciban los importes por tales prestaciones.
- 3.101 Por su parte las AAVV consideran que tales medidas no son suficientes y que se debería regular con más detalle la garantía para que la víctima tenga siempre garantizada, de forma vitalicia, los gastos de asistencia sanitaria futuros, tanto en aquellos supuestos donde la sanidad pública recibe compensación por lo regulado en los arts. 113 y 114 LRCSCVM, como en los supuestos donde la sanidad pública no recibe compensación por estar excluidos en los arts. 113 y 114 LRCSCVM.
- 3.102 Existe una cierta preocupación por lo que respecta al resarcimiento de esos gastos médicos futuros cuando las víctimas son extranjeras o residen en el extranjero. Así, por ejemplo, un 40% de entidades consideran que es un problema grave que debería regularse, sea mediante un sistema de reembolso internacional de gastos entre servicios de salud de distintos países en el seno de la UE, sea mediante convenios bilaterales con los estados extracomunitarios, sea mediante indemnización directa. En todo caso, consideran que debería garantizarse que si las entidades abonan los gastos de asistencia sanitaria futura a la Sanidad española no serán objeto de reclamaciones posteriores por los mismos conceptos en otros países. Por su parte las AAVV consideran que los convenios son una posibilidad a analizar, pero que en todo caso se debería permitir

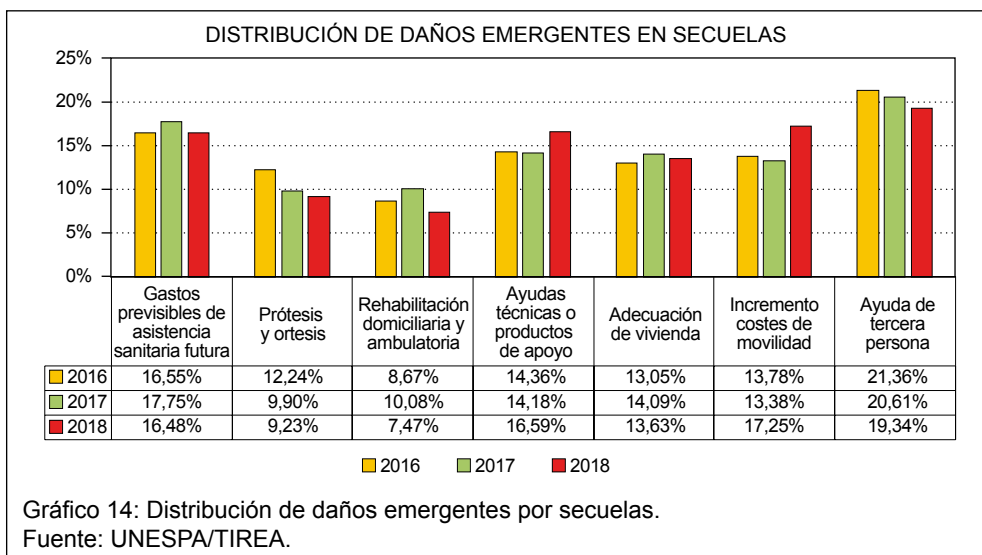
a la víctima acreditar dicho gasto futuro, con base en los costes que comporte en su país y la fórmula de cálculo futuro prevista en el sistema, permitiendo en estos casos excepcionales, su percepción directa caso de no existir convenio internacional sobre la materia entre los estados y administraciones implicados. En caso de existir tales convenios, debería abonarse a la administración extranjera correspondiente si garantiza el tratamiento médico vitalicio y sin coste a la víctima.

- 3.103 Respecto a si deberían regularse los casos en que las víctimas son asistidas en todo momento en la sanidad privada una ligera mayoría de las entidades (53%) considera que no debería regularse. Por su parte, quienes manifiestan que sí debería regularse (37% entidades) consideran, que la regulación debería vehicular los pagos siempre a través de la sanidad pública, que es quien debería concertar con la sanidad privada, o bien mediante convenios con el sector privado equivalentes a los del sector público. Por su parte, las AAVV señalan que se debería prever la posibilidad de que las entidades pagaran los tratamientos médicos a medida que se vayan devengando los costes de los mismos, sin esperar a que la víctima pague todo el tratamiento cuando esta haya decidido elegir la sanidad privada que no está incluida en los Convenios de Asistencia Sanitaria y después lo tenga que reclamar junto al resto de la indemnización.
- 3.104 La práctica totalidad de abogados, AAVV y abogados de víctimas considera que deberían consultarse a la Seguridad Social los verdaderos costes anuales de las secuelas establecidas en la tabla 2.C.1, ya que creen que los costes anuales que están establecidos en dicha tabla no son reales y deberían actualizarse para que la sanidad pública percibiera los verdaderos costes sanitarios. Esta opinión es compartida solo por una minoría de entidades (35%). El resto (53% entidades) cree que tal consulta no es necesaria porque considera que los importes recogidos en la tabla se basan en estudios pormenorizados de costes y, además, porque los sistemas públicos de salud han participado en la elaboración del Convenio de Asistencia Sanitaria Futura y han dado su conformidad a los importes que en el mismo se establecen, y que no son sino un reflejo de las cuantías que se establecen en el Sistema

de Valoración, por lo que se pueden considerar validados y ajustados a los costes reales anuales.

3.105 Finalmente, respecto a los gastos futuros de farmacia, de modo unánime abogados, AAVV y abogados de víctimas consideran que deberían regularse, ya que pueden comportar un coste muy elevado para la víctima. En cambio, el 70% de entidades considera que no deben regularse, bien porque la gran mayoría ya son asumidos por la Seguridad Social, bien porque entienden que tal partida ya está incluida en la cuantificación del Gastos Sanitario Futuro, bien porque pueden existir tratamientos farmacológicos muy diversos, que no están asociados directamente a las secuelas. En resumen, no debería regularse porque existen ya prestaciones de la Seguridad Social, los supuestos más significativos pueden reconducirse como ayudas técnicas, y se trataría de importes escasos que aumentaría la complejidad del trámite. El CCS manifiesta dudas al respecto: por una parte, es evidente que se trata de un concepto de relevancia, pero, por otra parte, debería analizarse en qué caso el lesionado tiene que soportar estos gastos, ya que parece razonable pensar que un gran lesionado adquiere la condición de pensionista y no asume este coste normalmente.

B. Gastos percibidos por el lesionado (arts. 115-119 LRCSCVM).



3.106 De los 1.372 y 1.121 perjuicios patrimoniales por daño emergente producidos en 2016 y 2017, respectivamente, el más frecuente es el de ayuda de tercera persona (293 casos en 2016, y 231 en 2017). El gasto previsible de asistencia sanitaria futura, que corresponde a la sanidad pública, ocupa el segundo lugar, con 227 casos en 2016, y 199 en 2017. Le siguen tres tipos de daño emergente (adecuación de vivienda, incremento de costes de movilidad y ayudas técnicas) cuyo número de casos es prácticamente el mismo (179, 189 y 197, en 2016), pues se trata de lesionados que acumulan los tres conceptos perjudiciales. Respecto a las prótesis, en 2016 son 168 casos, y los de rehabilitación futura 119 casos.

a) Gastos de prótesis y órtesis (art. 115 LRCSCVM)

3.107 Afirman que han tenido problema con el resarcimiento de gastos de prótesis y órtesis los colectivos de abogados (64%), AAVV (67%) y abogados de víctimas, frente a un 50% de las entidades. El CCS no ha apreciado especiales problemas en esta materia; quizás en un primer momento, en el que el CCS aún no se encontraba familiarizado con el sistema de cálculo, el período de recambio, los elementos, etc., se produjeron más dudas.

3.108 Un primer problema que alegan los colectivos de abogados es que algunas entidades consideran que tales gastos deberían abonarse por los Servicios Públicos de Salud, criterio que confirman las entidades, que consideran que se trata de un concepto indemnizatorio extremadamente complejo y desconocido y que en muchos casos son supuestos que no dan lugar a gasto sanitario futuro porque los recambios en el tiempo los soporta finalmente el Servicio Público de Salud. Señalan, además, que las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social están obligadas a las renovaciones de las prótesis de manera indefinida, por lo que esos gastos se deberían pagar a esas entidades. Al parecer, no se ha entendido el significado de la tabla TT3, ya que las entidades indican que esa tabla no recoge la pérdida de calidad de vida leve y que puede haber casos que precisen prótesis y tengan este grado de pérdida de calidad de vida. Finalmente, las entidades entienden que el recambio no se refiere a las prótesis enteras, sino al recambio de piezas

y por ello señalan que a la hora de capitalizar los recambios futuros no se puede capitalizar la prótesis entera, porque cada componente tiene un período de vida útil y un precio distinto y consideran que hay que capitalizar cada componente por separado. Ello supondría además que el límite de 50.000 euros por recambio no tendría sentido, ya que ningún componente por separado alcanzará esa cuantía.

- 3.109 Por su parte solo una pequeña representación del colectivo de abogados (13%) señala que no han tenido problemas y ha cobrado el resarcimiento correspondiente mediante la presentación de la factura. Este colectivo, AAVV y abogados de víctimas señalan que el límite de 50.000 euros por recambio es contrario al principio de reparación íntegra que proclama el art. 33 LRCSCVM y AAVV, además, que es insuficiente.

b) Gastos de rehabilitación domiciliaria y ambulatoria (art. 116 LRCSCVM)

- 3.110 La inmensa mayoría de los abogados (88%) considera que todavía es demasiado pronto para saber si el resarcimiento de tales gastos generará problemas o no, mientras que el CCS y las entidades (75%) indican que no han tenido ningún problema con este tema. Las AAVV no informan de problemas concretos, más allá de indicar que los topes que prevé el sistema son insuficientes, y los abogados de víctimas indican que las entidades son reacias a abonarlos si el tratamiento es privado y no de convenio, y que las entidades plantean dificultades a la hora de pagar esos gastos, porque creen que la rehabilitación no tendrá lugar.
- 3.111 Alguna delegación del CCS, AAVV y abogados de víctimas consideran que la remisión que hace el art. 116.1 LRCSCVM al art. 113 LRCSCVM es insuficiente, ya que se refiere solo al 113.3.a), b) y c) LRCSCVM que son, respectivamente, los estados de coma vigil o vegetativos crónicos, las secuelas neurológicas en sus grados grave y muy grave, y las lesiones medulares iguales o superiores a cincuenta puntos. Por ello, deja fuera del resarcimiento de rehabilitación domiciliaria y ambulatoria futura las amputaciones y otras secuelas que precisen la colocación de prótesis (art. 113.3.d) LRCSCVM) y las del 113.4 LRCSCVM, que

son secuelas de cincuenta puntos o más, y concurrentes e intergratorias que superen los ochenta puntos, que también puede requerir rehabilitación domiciliaria y ambulatoria futura.

- 3.112 Se señala que existen ciertas discrepancias entre las secuelas que precisan rehabilitación futura según el art. 116 LRCSCVM y la tabla 2. C. Por ejemplo, según las entidades, la tabla incluye el resto de tetraplejias y en cambio el art. 116 LRCSCVM no habla de ellas, aunque se deduce de su contenido. El colectivo de abogados y las AAVV indican que debería clarificarse que la tabla 2.C no es *numerus clausus*.

c) *Gastos de ayudas técnicas o productos de apoyo (art. 117 LRCSCVM)*

- 3.113 La inmensa mayoría de los colectivos no ha tenido problemas hasta ahora con los gastos de ayudas técnicas o productos de apoyo (abogados, pocos contestan, pero más de la mitad señala que no han tenido problemas; tampoco han tenido problemas el CCS, ni las entidades [75%], porcentaje que se reduce al 33% entre AAVV). En cambio, la mayoría de abogados de víctimas señala que el principal problema es la tendencia de las entidades a discutir la necesidad de tales gastos, a lo que un 34% de las AAVV añade que, salvo las ayudas técnicas más elementales (p. ej. cama de hospital y silla de bañera), suelen denegarlas por sistema alegando que no son necesarias.
- 3.114 Las entidades señalan que deberían mejorarse las definiciones, en especial, para distinguir entre ayudas técnicas y prótesis, generándose en ocasiones dudas (p.ej. respecto a los audífonos). No obstante, existe una inusual coincidencia entre una parte de entidades (el 25%) y la totalidad de AAVV en el rechazo a los topes o límites económicos, quienes indican que, bajo el control de criterios médicos y técnicos, debería resarcirse todo lo que fuera necesario para el perjudicado.
- 3.115 Una mayoría importante de todos los colectivos (60% en entidades y el CCS, y 100% en los demás colectivos) considera que debería completarse el art. 117 LRCSCVM para indicar que, como en el caso del 115.5 LRCSCVM, también se podrán indemnizar mediante la capitalización

prevista en la tabla TT3 o en otra más específica, ya que entienden que debería ser posible la capitalización de gastos futuros y también porque son gastos de la misma naturaleza en uno y otro caso. En este mismo sentido ya se ha pronunciado la CS en su Acuerdo de 20 de febrero de 2019 (Punto 3:3:2 GBP).

d) Gastos de adecuación de vivienda (art. 118 LRCSCVM)

3.116 Pocos abogados contestan esta pregunta, pero la mayoría que lo hace, así como la mayoría de AAVV, indican que han tenido problemas, relativos a la insuficiencia del tope y a la necesidad de adecuar la segunda residencia que pudiera tener el lesionado o, en supuestos en que tienen menores en régimen de custodia compartida. También señalan el derecho de adecuación del lugar de trabajo si el lesionado continúa ejerciendo una actividad laboral. Los abogados de víctimas (79%) manifiestan también que han tenido problemas con este concepto, porque por lo general no se abonan sin acudir a juicio y las entidades suelen valorar solo las adaptaciones más esenciales (rampa y baño). Indican que tampoco suele tenerse en cuenta la necesidad de adaptaciones futuras de las viviendas que vaya ocupando a lo largo de la vida, en casos de lesionados jóvenes.

3.117 Por su parte el CCS y las entidades (69%) señalan que no han tenido problemas y, cuando afirman que sí los han tenido, se refieren a la interpretación de conceptos legales (p.ej., «pérdida de autonomía muy grave/grave»; la determinación de qué son «características similares» en las viviendas) o problemas técnicos de adecuación (por ejemplo, en lo que se refiere a zonas comunes en comunidades de propietarios, problemas arquitectónicos, problema de titularidad, etc.).

e) Gastos por incremento de costes de movilidad

3.118 Contrastan las manifestaciones que consideran que no se ha producido ningún problema (en este sentido, el CCS y el 63% de las entidades), frente a las de las AAVV (100%) y abogados de víctimas (77%), que consideran que sí se han producido problemas. Entre el colectivo de abogados hay un bajo índice de respuestas.

3.119 Las AAVV, abogados y abogados de víctimas señalan como problemas la existencia de un tope legal insuficiente; que el resarcimiento no se consigue normalmente sin acudir a la vía judicial; que las entidades aceptan como mucho la adaptación de vehículo, pero discuten la adquisición de vehículo nuevo tipo monovolumen; que no suelen tener en cuenta la necesidad de adquisiciones y adaptaciones futuras de los vehículos a lo largo de toda la vida del lesionado; y que, al margen de la adaptación del vehículo, no resarcen gastos de desplazamiento futuro.

f) Necesidad de ayuda de tercera persona (arts. 120-125 LRCSCVM)

3.120 En el año 2016, 293 lesionados reclamaron la partida de ayuda de tercera persona (0,3% lesionados con secuelas), que equivalen a 2.092 horas de ayuda, lo que establece un número medio de 4,1 horas por lesionado con ayuda de tercera persona.

3.121 Las secuelas que han dado lugar a ayuda de tercera persona de modo más recurrente han sido: Código 01036 –Trastorno orgánico de la personalidad en el grado moderado, con 78 casos. Le siguen el 01037 y 01038, que representan el mismo trastorno en los grados grave (31 casos) y muy grave (26 casos). En número de casos le sigue en cuarto lugar el código 01001 – Estado vegetativo permanente (18 casos).-

g) Problemas detectados

3.122 El 75% de entidades y el 50% de delegaciones del CCS afirman que no han detectado ningún problema en la aplicación del nuevo sistema de ayuda de tercera persona. Tal porcentaje prácticamente se invierte en el caso de AAVV (el 67% considera que sí se han producido problemas). Solo muy pocos abogados y los abogados de víctimas responden la pregunta y, como las AAVV, consideran que la previsión de número de horas y los precios por hora que se fijan son claramente insuficientes.

3.123 El CCS y la mayor parte de AAVV (67%) señalan que un gran problema que presentan las tablas es que descuentan las prestaciones de la llamada «Ley de Dependencia» (Ley 39/2006, de 14 de diciembre,

de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia), por lo que, dado que la mayor parte de los lesionados con derecho a percibir tales pensiones, de hecho no las perciben o perciben prestaciones menores, las tablas resultan inaplicables y debe acudir en beneficio del lesionado a la valoración, en concreto, que permite el art. 125.6 LRCSCVM. Por esas razones, AAVV propone varias modificaciones:

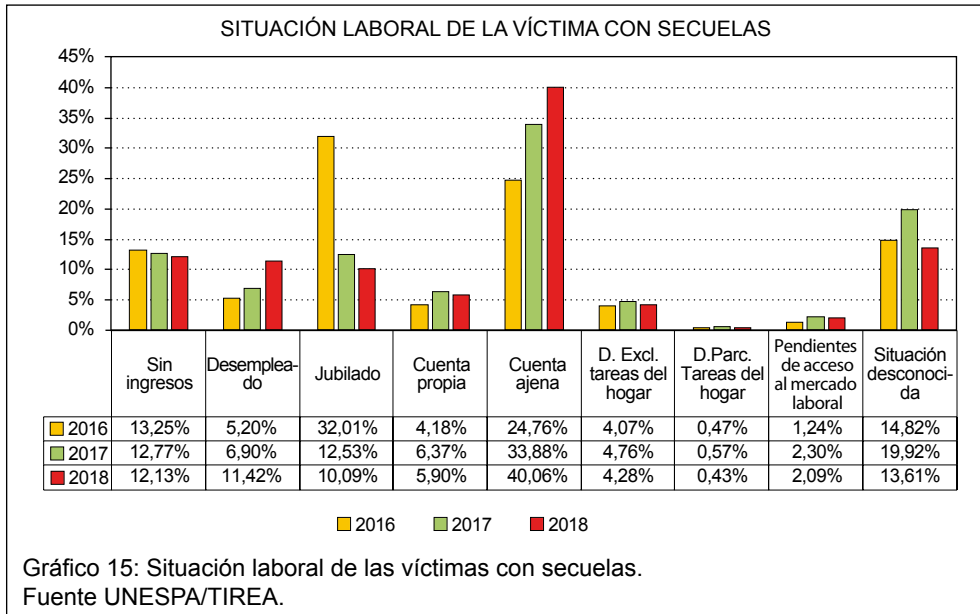
- 3.124 a) Modificar las hipótesis que fueron incluidas en las bases técnicas para realizar un nuevo cálculo de la tabla 2.C.3, en el que se establezca que las personas que necesitan «hasta 4 horas» no perciben ninguna ayuda por dependencia que deba tenerse en cuenta en el cálculo de la indemnización y que las personas de «más de 4 horas» solo perciben como hipótesis 400 euros, manteniéndose la posibilidad de que el lesionado pueda acreditar una percepción distinta, tal y como establece el art. 125.6 LRCSCVM.
- 3.125 b) Dada la gran diversidad y variabilidad de prestaciones en función de las Comunidades Autónomas que tienen cedidas las competencias correspondientes, deberían publicarse nuevamente las tablas, sin la deducción de estas prestaciones, y añadir un artículo que establezca que, de la cantidad resultante de la tabla, deberán restarse dichas prestaciones en caso de haberlas, y que determine cómo hacerlo (método de cálculo, fórmula actuarial, etc.).
- h) Suficiencia de la cobertura y del número de horas. Cómputo de horas*
- 3.126 Existe una gran disparidad de pareceres sobre si la regulación actual de ayuda de tercera persona cubre todas las víctimas que lo necesitan o no. La inmensa mayoría de las entidades (85%) y la opinión mayoritaria del CCS considera que sí, frente a una minoría en estos colectivos (entidades 5%) que considera que no. Los porcentajes se invierten respecto a los colectivos que consideran que la actual regulación no cubre todas las víctimas que lo necesitan (abogados 73%; abogados de víctimas 100%). AAVV dicen que, aunque conceptualmente la ayuda de tercera persona prevista en la Ley cubre todas las víctimas

que lo necesitan, no cubre sus necesidades reales por las razones ya apuntadas en el apartado anterior.

- 3.127 Algo parecido ocurre respecto a si la ayuda de tercera persona debería alcanzar en algún caso las 24 horas. Así, un 25% de las entidades entienden que deberían alcanzarse las 24 horas en casos como los de las secuelas 010001 (Estado vegetativo permanente) o 010002 (tetraplejía por encima o igual a C4). O que en ese caso se considere la vigilia, pero desarrollada por personas con una menor especialización, y a costes inferiores al que precisa la ayuda actualmente valorada. Las entidades concluyen que los casos en que son necesarias las 24 horas ya se atienden por la vía de la asistencia sanitaria futura. De modo unánime las AAVV, los abogados y los abogados de víctimas coinciden en que 24 horas son necesarias en los casos de estado vegetativo permanente y tetraplejía, a los que añaden casos de daños cerebrales que provocan trastornos cognitivos, enfermedades que limiten las capacidades psíquicas, pacientes tetraplégicos que padecen flemas que producen obturación del sistema respiratorio, y otros supuestos en que las personas deben estar a su disposición permanentemente.
- 3.128 Respecto a si las tablas deben contemplar los cuartos de hora (algo que la Ley no establece de modo taxativo, ya que el art. 125 LRCS-CVM se limita a remitirse a la tabla 2.C.3 para referirse al importe de la indemnización) o redondearse siempre la hora íntegra más elevada (redondeo al alza que es normal en todos los casos que prevé el sistema la existencia de fracciones), las entidades consideran de modo unánime que deben mantenerse los cuartos de hora «porque facilita llegar a acuerdos», mientras que el 50% de los representantes del CCS considera que debería redondearse al alza porque nadie trabaja a cuartos de hora y solo un 20% mantendría los cuartos de hora porque la existencia de tramos intermedios permite ajustar con mayor precisión la indemnización a cada situación particular. En cambio, abogados, abogados de víctimas y AAVV consideran de modo unánime que deberían abolirse los cuartos y redondear, bien a la media hora, bien a la hora completa. Además, las AAVV apuntan que la utilización de cuartos de hora hace que la tabla 2.C.3 sea contraria a lo que dispone la propia Ley, ya que el art. 123.1 *in fine* LRCS-CVM, referido a la determinación

del número de horas necesarias de ayuda de tercera persona, dice literalmente, como criterio de cierre del cálculo, que «si el resultado ofrece fracciones decimales, se redondea a la hora más alta».

3.3.5. El lucro cesante y su cálculo (arts. 126-133 LRCSCVM): problemas planteados



3.129 De los datos anteriores, debe explicitarse que el término «desempleados» se refiere a personas que perciben prestaciones de desempleo, «sin ingresos» aquellas personas que no los acreditan, y «situaciones desconocidas» aquellas en que se acredita un ingreso, pero no consta su origen. Cabe destacar que las personas con dedicación exclusiva a las tareas del hogar que han reclamado lucro cesante han sido el 4,1% (155) y 4,8% (116), respectivamente, en los años 2016 y 2017. Las personas con dedicación parcial han representado el 0,5% (18) y 0,6% (14), respectivamente, en los años 2016 y 2017. Finalmente, los lesionados pendientes de acceso al mercado laboral menores de 30 años han sido el 1,2% (47) y el 2,3% (56), respectivamente, en los años 2016 y 2017. En el gráfico se observa también la gran variabilidad de la

cifra de jubilados, en especial con referencia al año 2016, que resulta de difícil explicación.

A. Problemas conceptuales

3.130 Un primer bloque de problemas planteado por las reglas relativas al lucro cesante es el referido a la necesidad de clarificar determinados conceptos. Los principales son los siguientes:

a) *«Ingresos netos»:*

3.131 Todos los colectivos coinciden en que debería definirse el concepto de «ingresos netos», que aparece en el art. 127 LRCSCVM y concordantes, porque genera muchas dudas en la práctica. A tal efecto, la CS ya acordó en su reunión del 27 de noviembre de 2018 incorporar en la GBP una definición de ingresos netos, tanto en los casos de fallecimiento y secuelas, como en el de lesiones temporales, y referida tanto a los trabajadores por cuenta propia como a los trabajadores por cuenta ajena¹⁸.

b) *«Incorporación al mercado laboral»*

3.132 Existe también una opinión mayoritaria en todos los colectivos de que debería clarificarse qué significa el concepto de «incorporación al mercado laboral», o más concretamente, como señala el art. 130 LRCS-CVM de «lesionados pendientes de acceder al mercado laboral». Las AAVV señalan que hay que dejar claro que la incorporación al mundo laboral debe ser plena y con cierta estabilidad, y que no deben tenerse en cuenta trabajos esporádicos que se compaginan con los estudios, ya que en caso contrario se trataría peor al joven que trata de buscar ingresos esporádicos que al indolente. Proponen, además, que debería regularse que la aplicación de la tabla 2.C.7 y 2.C.8, para «lesionados pendientes de acceder al mercado laboral» se refiere aquellos lesionados menores de 30 años que no estaban trabajando en el momento de

¹⁸ Véase Punto 3.4 Definición y cálculo de ingresos netos, de la Guía de Buenas Prácticas.

sufrir el accidente y no les queda una pensión contributiva, con independencia de que hubieran tenido alguna actividad laboral esporádica.

- 3.133 Respecto a la incidencia de este nuevo concepto perjudicial, en el año 2016 fueron informados 47 lesionados, que representan el 1,2% de los lesionados que reclamaron lucro cesante, de los cuales solo 2 lesionados pidieron el incremento de hasta el 20% por formación que permite la ley y en el 2017, de 56 que fueron informados (2,3%), solo pidieron incremento 13 de ellos.

c) *Dedicación a las tareas del hogar*

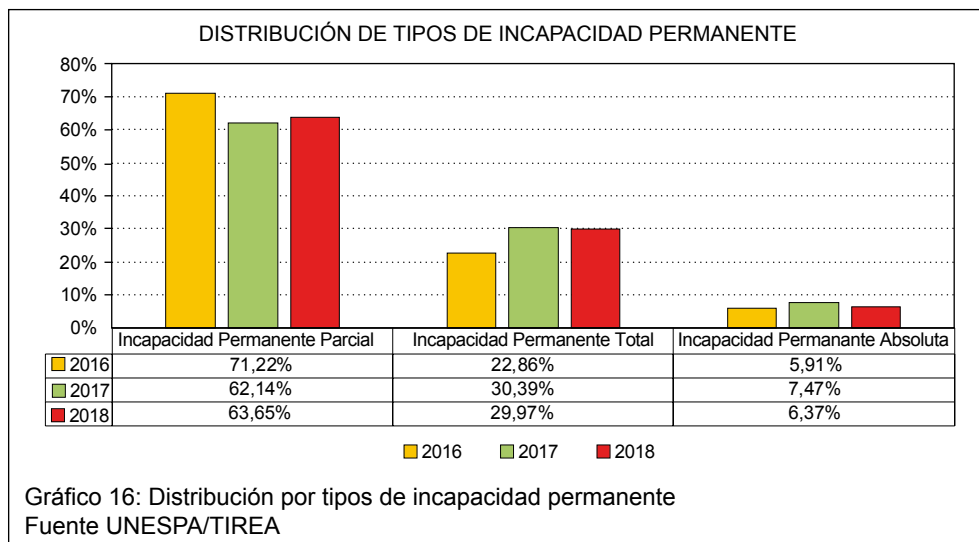
- 3.134 Otro concepto que todos los colectivos consideran que debería clarificarse es el de dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar del art. 131 LRSCVM. Señalan, además, que debería indicarse cuál es la documentación que puede solicitarse para acreditar tal condición. Para intentar paliar esa necesidad, la CS, en su Acuerdo del 2 de octubre de 2018, incorporó a la GBP una serie de criterios para la valoración de la indemnización del lucro cesante por dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar en caso de muerte, secuelas y lesiones temporales¹⁹, entre los que se detalla lo que se considera una buena práctica relativa a la acreditación documental suficiente de tal dedicación²⁰. La GBP también propone un criterio de buena práctica respecto a los lesionados de más de 67 años en el momento del accidente, mediante una aplicación analógica del segundo inciso del art. 133.1 LRCSCVM que prevé que «si el lesionado ha superado la edad de jubilación en el momento del accidente, pero seguía teniendo ingresos por trabajo personal, la duración del perjuicio es de dos años»²¹.

¹⁹ Punto 2:4:1. Buenas prácticas en la valoración de la indemnización del lucro cesante por dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar en caso de muerte, secuelas y lesiones temporales.

²⁰ Punto 2:4:1-5.

²¹ Puntos 2:4:1-2 y 2:4:1-4.

B. Reglas de determinación de la pérdida de ingreso en casos de incapacidad permanente total (en particular en relación al art. 129. b) LRCSCVM)



3.135 De los datos disponibles, se puede señalar que en el año 2016 existieron 2.710 casos de incapacidad permanente parcial (2,8% de los lesionados con secuelas), 870 casos de incapacidad permanente total (0,9% de todos los lesionados con secuelas) y 225 casos de incapacidad permanente absoluta (0,23% de todos los lesionados con secuelas).

3.136 El art. 129. b) LRCSCVM dispone que «en los supuestos en que el lesionado queda incapacitado para realizar su trabajo o actividad profesional habitual se considera que el perjuicio que sufre es del 55 por 100 de sus ingresos hasta los cincuenta y cinco años, y del 75 por ciento, a partir de esa edad».

3.137 Mientras que la mayoría de las entidades y representantes del CCS consideran que esas reglas son adecuadas, la mayoría de los colectivos de abogados, abogados de víctimas y AAVV consideran que no lo son. Entre los discrepantes de la regulación actual de todos los

colectivos existe una gran coincidencia en que el legislador no ha buscado en este caso la solución más apropiada para determinar el verdadero impacto de la incapacidad total en los posibles ingresos del lesionado, sino que se ha limitado a hacer seguidismo de los criterios establecidos en la normativa laboral. En este sentido, las entidades señalan que sería preferible un criterio basado en un escalado más matizado, para realizar de forma gradual el incremento en función de la edad y no establecer un salto a partir de los 55 años, por lo que podrían establecerse, por ejemplo, tramos de 10 años (60% hasta los 40 años; 70% hasta los 50 años; 80% hasta los 60 años y 90% hasta la edad de jubilación). En cambio, los colectivos de abogados, abogados de víctimas y AAVV consideran que las reglas actuales no son adecuadas porque, en realidad, el lesionado no pierde solo los ingresos, sino que queda fuera del mundo laboral, en ocasiones tarda años en incorporarse y en otras ya nunca se podrá reincorporar. Por esta razón consideran que, respecto de los menores de 55 años debería ser un perjuicio (pérdida de lucro) del 75% y, en los mayores de 55 años, de un 90%, pues a partir de esa edad la realidad práctica demuestra que ya no van a poder acceder al mundo laboral.

- 3.138 Existe también un acuerdo generalizado entre los que discrepan de la regulación actual de que sería necesario personalizar más y tener en cuenta la concreta profesión que venía realizando el lesionado, ya que según el tipo de trabajo le será más fácil o más difícil reincorporarse al mercado laboral.

C. Indemnización con dos anualidades la incapacidad parcial o que da lugar a la disminución del rendimiento (art. 129. c) LRCSCVM) y necesidad de la tabla 2.C.6 para determinar la indemnización.

- 3.139 La mayoría de los colectivos, incluyendo AAVV, considera que la regla del art. 129. c) LRCSCVM que indemniza con dos anualidades la incapacidad parcial o que da lugar a la disminución del rendimiento normal es adecuada. En cambio, la mayoría de abogados (67%) considera que la indemnización prevista en estos casos es insuficiente, por las dificultades existentes en el mercado laboral, y que la regla es excesivamente rígida.

- 3.140 Respecto a la necesidad de que tal indemnización derive del resultado de lo establecido en la tabla 2.C.6 cuando el art. 129.c) LRCSCVM dispone, literalmente, que «se considera que el *perjuicio que sufre equivale al importe de los ingresos correspondientes a dos anualidades*» (énfasis añadido), existe también discrepancia. Algunos colectivos (p.ej. abogados), consideran que en este caso existe una antinomia y que por ello lo que dispone el texto de la Ley debería prevalecer sobre lo que refleja la tabla. Otros (p.ej. entidades), consideran que las dos anualidades constituyen el multiplicando al cual hay que aplicar, como en todos los casos, los criterios actuariales que forman parte del multiplicador.

D. Reclamaciones de lucros cesantes extratabulares producidas en la práctica

- 3.141 Aunque las tablas de lucro cesante terminan con un multiplicando de 120.000 euros, es bien sabido que el sistema no establece un tope a los ingresos netos que deben tenerse en cuenta en el multiplicando, por lo que en casos de lesionados (y fallecidos) con ingresos superiores a esa cantidad, deberá llevarse a cabo un cálculo actuarial que tome como base los ingresos netos reales y aplique las hipótesis actuariales del sistema. Para clarificar dudas en este punto, la GBP señaló en su Punto 3:1:2 d), acordado en la CS de 6 de marzo de 2018, cuáles eran los criterios de buena práctica que debían seguirse en estos casos.
- 3.142 La mayoría de los colectivos señala que no se han encontrado en la práctica con casos en que haya sido necesario acudir al cálculo actuarial debido a la percepción de unos ingresos netos superiores a los calculados en las tablas. Solo un 25% de las entidades señalan que se han encontrado con algunos casos, pero que han sido muy pocos. Una de las entidades refiere que tuvo un siniestro con dos fallecidos de nacionalidad suiza que acreditaron unos ingresos superiores a 120.000 euros y que en ese caso se realizó un estudio actuarial para el cálculo del lucro cesante. El CCS no ha gestionado ningún caso de momento con ingresos acreditados superiores a 120.000 euros.

E. Salario mínimo interprofesional como referencia de base

- 3.143 El sistema parte de la base de valorar por referencia al salario mínimo interprofesional (SIM) aquellos supuestos en que no existen ingresos efectivos, pero se da una pérdida de valor económico (caso de la dedicación a las tareas domésticas) o en que existe una previsión de pérdida de ingresos futuros, pero no existen unos ingresos actuales o recientes que puedan servir de referencia (caso de parados de larga duración que no perciben ya prestación de desempleo [art. 128.3 in fine LRCSCVM] y casos de personas pendientes de acceder al mercado laboral [art. 130. c) LRCSCVM]). En los primeros casos, la ley toma como referencia de base 1 SMI mientras que, en el último, el de las personas pendientes de acceder al mercado laboral, el art. 130. c) LRCSCVM parte de 1,5 SMI.
- 3.144 Sobre la cuestión de si sería conveniente unificar al alza y tomar siempre como punto de partida 1,5 SMI, existen posiciones discrepantes. Así mientras que abogados, abogados de víctimas y AAVV consideran que debería igualarse todos los supuestos y partir siempre de 1,5 SMI, las entidades y el CCS discrepan, si bien existe una corriente de opinión favorable a probar otras referencias como, por ejemplo, salarios medios anuales nacionales, regionalizados o sectoriales.

F. La necesidad de una tabla específica para las personas que se dedican en exclusiva a las tareas del hogar que no descuentan una pensión pública que es inexistente

- 3.145 Existe unanimidad entre abogados, abogados de víctimas y AAVV de que debería crearse una nueva tabla 2.C.9 (absoluta), 2.C.10 (total) y 2.C.11 (parcial), para las personas «con dedicación exclusiva a las tareas del hogar», donde no se les realizará ningún tipo de deducción de prestación pública al no tener esas personas derecho a esa pensión, de un modo análogo a como ya sucede con las tablas 2.C.7 y 2.C.8, referidas a las personas pendientes de acceder al mercado laboral menores de treinta años, que no descuentan pensión porque no la tienen. Se señala que para ello se debería suprimir lo establecido en el art. 132.5 LRCSCVM. Las AAVV añaden que, al mismo tiempo, debería

darse una solución a lo previsto en el art. 88.4 LRCSCVM en caso de fallecimiento, pues el incremento del 25% que prevé para compensar la deducción de esas pensiones ficticias es insuficiente e irreal y debería buscarse una adecuada regulación. El CCS considera, por una parte, que tiene su lógica crear las tablas; y que, por otra, la situación actual facilita la gestión y la consecución de acuerdos. Concluye que hay que evitar que la complicación en la gestión sea superior al beneficio del rigor.

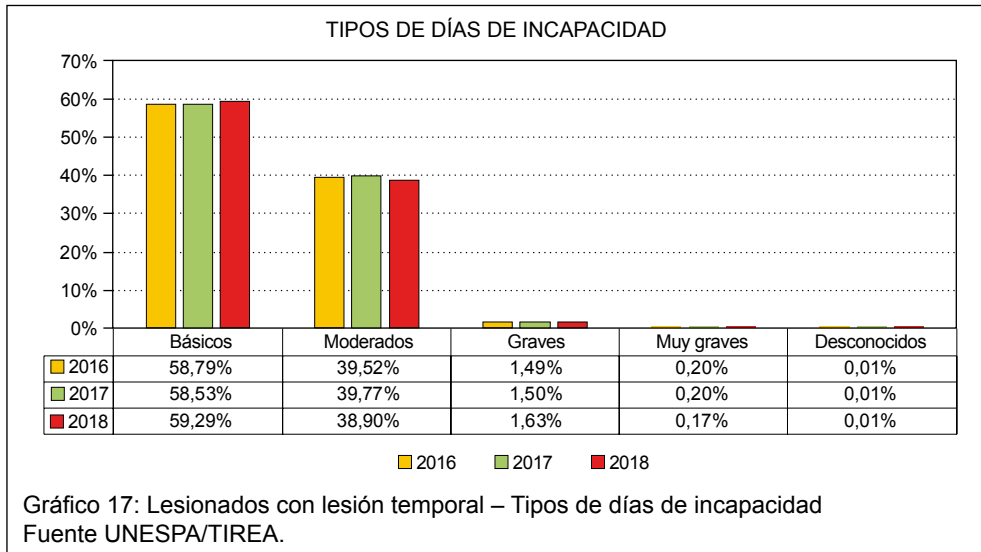
- 3.146 En cambio, en el seno de las entidades las posiciones están muy divididas. Así, mientras que un 45% considera que la situación actual (sin tablas específicas y con la corrección de un incremento del 25%) es adecuada, un 40% considera que deberían existir unas tablas específicas para estos casos.

G. El criterio abstracto de computar el valor de la dedicación parcial a las tareas del hogar como un tercio de la dedicación exclusiva (art.131.3 LRCSCVM)

- 3.147 Como en el caso del art. 85 LRCSCVM, en sede de fallecimiento, el art. 131.3 LRCSCVM, en sede de secuelas, establece que para el cálculo de la cantidad a percibir en el caso de personas con dedicación parcial a las tareas se tomará como base 1/3 de la que correspondería en caso de dedicación exclusiva.
- 3.148 Sobre si parece correcto este sistema, existen opiniones muy discrepantes. La mayoría de algunos colectivos (abogados, abogados de víctimas y AAVV) considera que no debería reducirse la indemnización, por ser esa una situación coyuntural, o que, en caso de hacerse, debería ser proporcional al número de horas de jornada reducida y no utilizar el criterio abstracto de 1/3, pues no es lo mismo quien tiene reducida 1 hora que quien tiene reducidas 6 horas. El CCS y las entidades consideran, en cambio, que el sistema abstracto facilita el cálculo, que la dedicación a tiempo parcial no es una situación coyuntural y que puede extenderse a lo largo de décadas, y que la reducción proporcional podría ser más justa en algunos casos, pero requeriría una individualización que complicaría enormemente la tramitación.

3.4 Reglas sobre lesiones temporales

3.4.1. Datos generales



- 3.149 El total de días de lesiones temporales indemnizados ascendió a 19.999.823 (2016) y 18.340.668 (2017). En el 2016, el 58,8% fueron días de perjuicio personal básico, un porcentaje que se mantiene estable los dos años siguientes, en el entorno del 58%. Los días de perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida moderados fueron 39,5% (2016) y 39,8% (2017). Los graves fueron el 1,5% (tanto en 2016 como en 2017), y los muy graves el 0,2% en ambos años.
- 3.150 El 76,7% de los lesionados tuvo algún día de perjuicio personal básico en 2016, y el 71,6% en 2017. El 53% tuvo algún día de perjuicio moderado en 2016 y el 49,9% en 2017. El 4,6% fue resarcido por algún día de perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida grave en 2016, y el 5,4% en 2017. Solo el 0,6% de los lesionados fue resarcido por algún día de perjuicio muy grave, tanto en 2016 como en 2017.

3.4.2. Cuestiones generales

A. Las mal llamadas «secuelas temporales»

- 3.151 Como indican los artículos que introducen los apartados de indemnizaciones por muerte (art. 61 LRCSCVM), por secuelas (art. 93.2 LRCSCVM) y por lesiones temporales (art. 134.2 LRCSCVM), en el nuevo sistema valorativo legal las reglas del sistema están contenidas en el articulado y las tablas se limitan a «reflejar» esas reglas, por lo que carecen de un valor normativo autónomo. La única excepción es la de las llamadas «secuelas temporales», que ya existían en el sistema anterior y que ahora aparecen de modo insospechado en una nota a pie de página de la tabla 2.A.1 que las define como «aquellas que están llamadas a curarse a corto o medio plazo», y destaca que «no tienen la consideración de secuela, pero se han de valorar de acuerdo con las reglas de las lesiones temporales, computando en su caso, los efectos que producen y con base en el cálculo razonable que se estime de su duración, después de haberse alcanzado la estabilización lesional, y hasta su total curación». Se trata, en definitiva, de dolores o atrofias que tienden a desaparecer con el tiempo y, como en el sistema anterior, deben dar lugar a que el perito médico realice un cálculo razonable de su duración.
- 3.152 Las entidades, de modo mayoritario (65%) consideran que la práctica cotidiana demuestra que se puede prescindir de tan oximorónico concepto, ya que prácticamente no ha sido utilizado en la Valoración del Daño Corporal, y por ello proponen su eliminación del Sistema. En cambio, la mayoría de los abogados, abogados de víctimas, AAVV y el CCS consideran que deberían introducirse en la Ley. Algunos consideran que su lugar sería el apartado de lesiones temporales, mientras que otros les encontrarían acomodo en el art. 93.1 LRCSCVM, que habla de la valoración de las indemnizaciones por secuelas, o en un nuevo 96.4 LRCSCVM, en sede de baremo médico. En particular, los abogados de víctimas añaden que las entidades son muy reacias a valorar secuelas temporales que, para ellas, o bien no existen, o bien se valoran como secuelas con puntuación mínima. El CCS no ve inconveniente en incluir el contenido de la Nota en la Sección Tercera

sobre «Indemnizaciones por lesiones temporales», pues considera que la denominación de «secuelas temporales» no se corresponde con la definición de secuelas contenida en el art. 93 LRCSCVM.

- 3.153 En el panel de médicos forenses, uno de ellos destacó que estaba totalmente de acuerdo con la existencia de tales secuelas y que eran necesarias, porque a quien ha tenido un traumatismo le pueden quedar unas molestias que son muy frecuentes y que duran más de lo habitual, y que deben valorarse. No obstante, señaló que desde el punto de vista médico el término «secuelas temporales» es totalmente incorrecto (y contradictorio con la definición de secuelas que da la Ley) y que en estos casos sería preferible hablar de «síntomas persistentes temporales».

B. Clarificación de los términos «casi totalidad» o «algunas» o «la mayor parte» o «una parte relevante» (art. 138 LRCSCVM) para delimitar los distintos grados de pérdida temporal de calidad de vida

- 3.154 En este punto, los distintos colectivos entienden que deberían clarificarse tales términos, ya que son muy ambiguos, y se pronuncian de modo muy parecido a lo que han señalado ya en relación con la determinación de los grados de pérdida de calidad de vida en secuelas (art.108 LRCSCVM) visto anteriormente (Cf. Núm 3.87 y 3.88).

C. La falta de reconocimiento del perjuicio excepcional en lesiones temporales

- 3.155 A diferencia de los casos de muerte y de secuelas (cf. arts. 37.5, 77 y 112 LRCSCVM), no se reconoce en sede de lesiones temporales la posibilidad de resarcir perjuicios excepcionales y, por lo tanto, parece lógico plantearse si debe eliminarse tal asimetría y extender su reconocimiento a este ámbito.
- 3.156 Los colectivos de abogados, abogados de víctimas, AAVV, consideran que también deberían reconocerse el resarcimiento del perjuicio excepcional en las lesiones temporales. Unánimemente en contra de

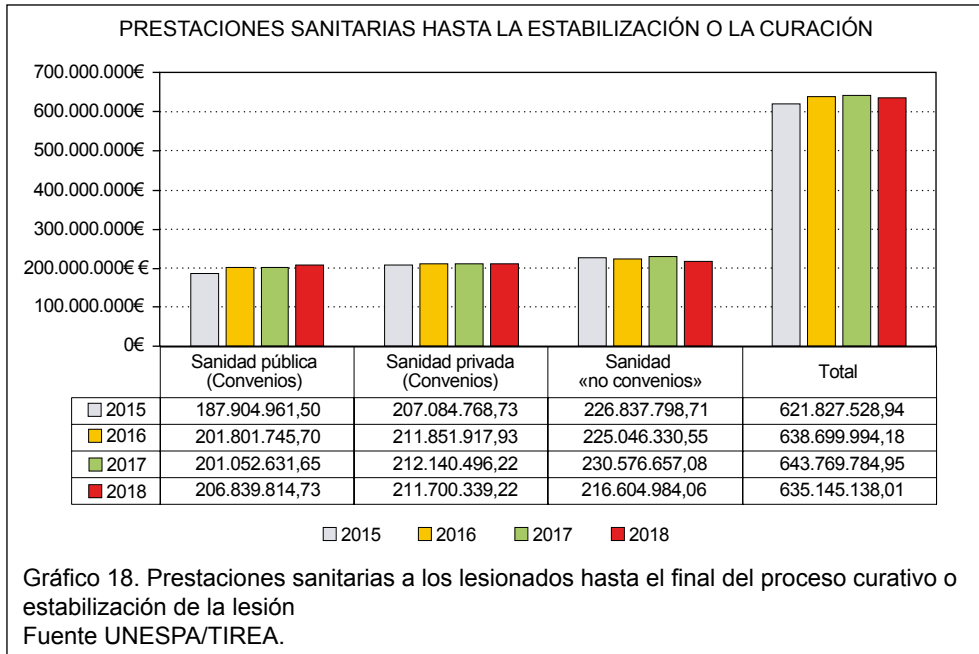
dicho reconocimiento se manifiestan las entidades que, entre otros argumentos, señalan que «tal y como está recogido en el art. 33 LRCS-CVM, como relevante y ocasionado por circunstancias singulares, ya está contemplado en la distinta catalogación asignada dentro del Perjuicio Personal por Pérdida Temporal de Calidad de Vida, ya que se trata de situaciones transitorias (*sic*). De otra manera, podría producirse una doble consideración de la excepcionalidad en la lesión temporal y en la secuela». El CCS considera que es asistemático incluir el perjuicio excepcional en muerte y secuelas y no en lesiones temporales, pero pone de manifiesto que, hasta el momento, no ha recibido ninguna reclamación en este sentido, y considera muy arriesgado «abrir puertas» a excepciones en lesiones de escasa relevancia.

3.4.3. Perjuicio patrimonial por lesiones temporales

- 3.157 En lo que se refiere al perjuicio patrimonial en lesiones temporales pueden distinguirse las grandes partidas de gastos o daño emergente y lucro cesante.

A. Daño emergente (gastos)

- 3.158 En cuanto a los gastos de asistencia sanitaria que necesita el lesionado hasta el final del proceso curativo o estabilización de la lesión para su conversión en secuelas no se plantea ninguna incidencia destacable.
- 3.159 Las entidades pagan anualmente por prestaciones sanitarias algo más de 600 millones de euros que se distribuye en tres partes prácticamente iguales entre sí: 1) Convenios de asistencia sanitaria que las entidades aseguradoras tienen firmados con los Servicios Públicos de Salud de las distintas Comunidades Autónomas; 2) Convenios de asistencia sanitaria con los hospitales y centros sanitarios privados y 3) pagos a centros sanitarios privados fuera de las condiciones de convenio.



a) *El resarcimiento de la «ayuda de tercera persona temporal» (art. 142.2 LRCSCVM) prestada por familiares*

3.160 El art. 142.1 LRCSCVM introduce el concepto de «gastos diversos resarcibles», que define como «los gastos que la lesión produce en el desarrollo de la vida ordinaria del lesionado hasta el final del proceso curativo o estabilización de la lesión y su conversión en secuela, siempre que se justifiquen y sean razonables en atención a sus circunstancias personales y familiares». A título de ejemplo, el art. 142.2 LRSCVM destaca determinados gastos típicos en estos casos, entre los que señala «los necesarios para que queden atendidos él o los familiares menores o especialmente vulnerables de los que se ocupaba». A diferencia del art. 120.3 LRCSCVM, en materia de ayuda de tercera persona, que indica que «[E]l valor económico de la ayuda de tercera persona se compensa con independencia de que las prestaciones sean o no retribuidas», el art. 142.2 LRCSCVM no indica este extremo, por lo que antes del nuevo baremo ya se entendía generalmente que solo se resarcía si se presentaba factura que implicara un gasto efectivo y la

práctica judicial desconfiaba de las facturas presentadas por familiares y raramente las resarcía.

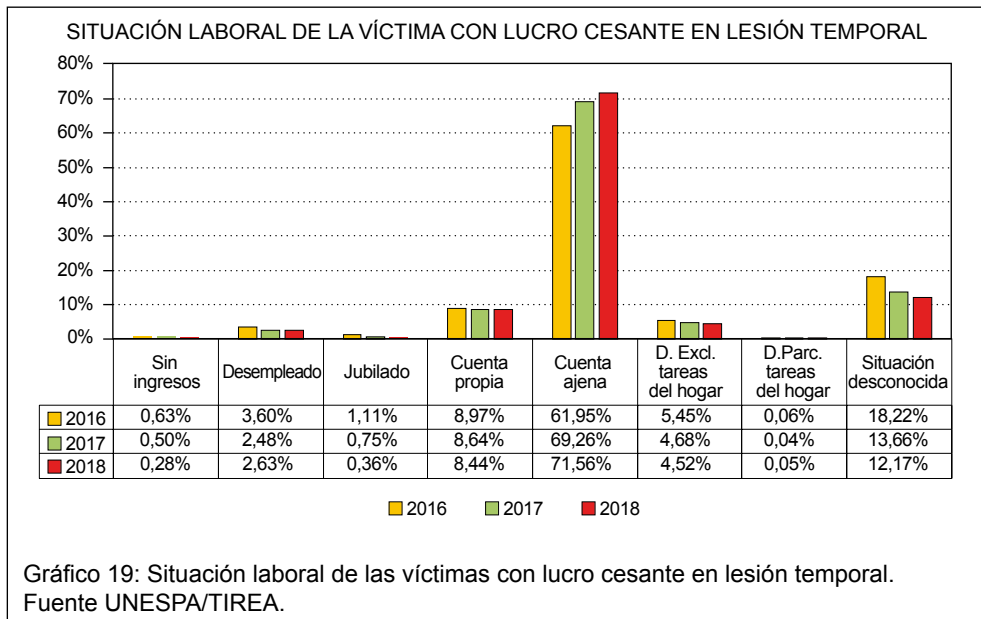
- 3.161 Existe una opinión prácticamente unánime en los colectivos de abogados, abogados de víctimas y AAVV de que, de un modo análogo a como prevé el art. 120.3 LRCSCVM, debería resarcirse el valor de los servicios prestados por los familiares u otras personas de modo no retribuido. No obstante, el CCS, siendo en principio proclive a admitir tal retribución, advierte de que tal reconocimiento podría dar lugar a ambigüedades, dificultades probatorias y fraudes. Más taxativos se muestran las entidades, ya que el 70% no estaría de acuerdo en que la ayuda de tercera persona temporal se compensara también si la prestación la realiza un familiar de modo no retribuido. Argumentan que la solidaridad familiar impone obligaciones legales de atención y cuidado entre determinados familiares, por ejemplo, las obligaciones paterno-filiales, las conyugales y que supondría demasiados problemas prácticos y comportaría una cierta distorsión de las relaciones familiares. Consideran, por lo tanto, que no deben ser indemnizables, salvo que el familiar acredite un perjuicio patrimonial (p.ej. haber solicitado una excedencia laboral) y que en la práctica nada impide la prestación contractual retribuida porque la Ley prevé la realización de anticipos a las víctimas.

b) La inclusión de los gastos de letrado dentro del concepto de gastos resarcibles del art. 142 LRCSCVM

- 3.162 Existe unanimidad entre abogados, abogados de víctimas y AAVV en que los gastos de letrado, al igual que los gastos por petición de atestado y otros que se producen en la fase previa, supone un gasto necesario que debería resarcirse si se acredita. Aunque entienden que éste no es el artículo más adecuado, consideran que el concepto de «gastos resarcibles» ya incluye las «tasas públicas» que haya tenido que abonar el lesionado, gastos de pericial médica, etc. En todo caso, para mayor claridad, sería preferible que estos aspectos se regularan en un artículo distinto al que se refiere a los «gastos diversos resarcibles». Este artículo también debería tener en cuenta que, en caso de reclamar con abogado, se estableciese un 10% sobre la indemnización por

lesiones temporales, secuelas y demás conceptos indemnizables para cubrir sus honorarios, a fin de evitar que se reduzca la indemnización del lesionado con el pago de los mismos. Consideran que esta regulación equipararía la situación española a la que existe en la mayoría de países de nuestro entorno y, además, potenciaría la capacidad de defensa de las víctimas. En cambio, las entidades se muestran radicalmente en contra y consideran que el marco de esta evaluación no es el foro adecuado para plantear esta cuestión, ya que tales gastos, bajo ningún concepto, son daños personales objeto de regulación en la Ley. El CCS considera que este es un debate de mucho calado y que el art. 142 LRCSCVM no es el marco más adecuado para decidir un cambio tan radical consistente en la cobertura de los gastos de letrados y médicos. Se trata de un asunto que requiere reflexión.

B. Lucro cesante



3.163 De los datos anteriores, debe explicitarse que el término «desempleados» se refiere a personas que perciben prestaciones de desempleo, «sin ingresos» aquellas personas que no los acreditan, y «situaciones desconocidas» aquellas en que se acredita un ingreso, pero no consta su origen. Cabe destacar que las personas con dedicación exclusiva a las tareas del hogar que han reclamado lucro cesante en el caso de lesiones temporales han sido el 5,4% (2.268) y 4,5% (1.357), respectivamente, en los años 2016 y 2017. Las personas con dedicación parcial han representado el 0,1% (25) y 0,05% (14), respectivamente, en los años 2016 y 2017.

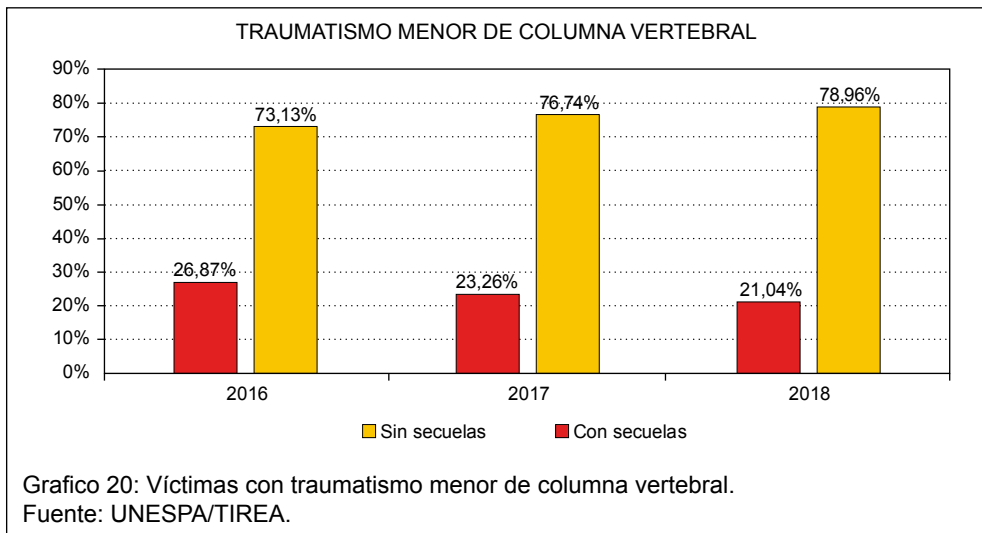
a) *Problemas planteados a la hora de determinar y acreditar el lucro cesante en lesiones temporales*

3.164 Los abogados, abogados de víctimas y AAVV señalan que ese es uno de los mayores problemas detectados hasta la fecha y que las entidades son reacias a pagarlo y piden una documentación excesiva para acreditarlo (p.ej. pedir en los supuestos de dedicación exclusiva a las tareas del hogar un informe médico que acredite la imposibilidad de realizar dichas tareas). El CCS considera que, efectivamente, desde la óptica del perjudicado, es razonable pensar que se exige variada y numerosa documentación, pero, de igual manera, es cierto que el lucro cesante requiere de acreditación que justifique la pérdida de ingresos. Esta acreditación es tediosa para el perjudicado y la verificación es compleja para el tramitador. Pero el CCS también cree oportuno manifestar que, a través de criterios prácticos y ponderados, ha conseguido tramitar este concepto con relativa facilidad, tras algunas sesiones de formación a tramitadores. En cambio, las entidades señalan que suelen existir problemas a la hora de aportar la documentación acreditativa y que los perjudicados suelen entregar una documentación insuficiente. En este sentido, destacan los abogados de víctimas que las entidades en muchas ocasiones no solo solicitan declaración de renta o nóminas, sino certificado de empresas y muchas empresas no quieren expedir certificados por temor a reclamaciones salariales de los trabajadores.

3.165 Sin lugar a dudas, otro problema importante es la acreditación del lucro cesante en el caso de trabajadores autónomos. Las entidades

destacan que los mayores problemas se los encuentran con los profesionales liberales que tienen diferentes opciones de tributación (módulos, estimación directa, declaraciones trimestrales de IVA, etc.), lo que complica mucho la determinación de los ingresos netos reales, así como tener la certeza sobre las prestaciones que perciben durante la baja (Mutua, Seguridad Social). También destacan que en el caso de los asalariados dificulta mucho la tarea de determinación el hecho de que no exista un modelo común de nómina, y que un porcentaje no desdeñable de víctimas tiende a dificultar el conocimiento de ingresos complementarios por razón de la baja. También según la mayor parte de los colectivos genera problemas la acreditación de ingresos variables y la reclamación de ingresos no declarados.

C. Traumatismos menores de la columna vertebral (art. 135 LRCSCVM)



3.166 Del total de las víctimas que sufrieron lesiones en el año 2016 (337.963), un 30,6% (103.545) sufrieron la lesión «traumatismo menor de la columna vertebral» y, de ellas, un 73,1% (75.721) solo tuvo lesión temporal y un 26,9% (27.824) tuvo lesión temporal y secuela. Se puede señalar que cuando solo existe lesión temporal la media de días fue

de 51 días y cuando existe secuela, la media fue de 59,5 días. Los dos códigos más frecuentes de los lesionados con secuela son el 03005 (algias postraumáticas cronicadas y permanentes y/o síndrome cervical asociado y/o agravación de artrosis previa) y el 03013 (algias postraumáticas sin compromiso radicular y/o síndrome cervical asociado). En 2017 el porcentaje del total de víctimas que sufre ese perjuicio es el 35,8% (114.419 lesionados). Con solo lesión temporal son el 76,7% (87.759) y con lesión temporal y secuela el 23,2% (26.660).

a) La aplicación de los llamados «criterios de causalidad genérica» previstos en el art. 135.1 LRCSCVM.

3.167 Todos los colectivos coinciden en que se han aplicado los criterios de causalidad genérica previstos en el art. 135.1 LRCSCVM y todos coinciden en que el que es objeto de mayor aplicación es el de intensidad, seguido del cronológico.

3.168 Abogados, abogados de víctimas y AAVV señalan que se aplican con excesivo rigor y que a menudo las entidades los instrumentalizan como un arma para no pagar o pagar menos. Añaden que en el caso del criterio de intensidad utilizan a veces facturas de daños materiales en el vehículo para intentar fundamentar la falta de la intensidad suficiente. En cambio, las entidades consideran que los criterios de causalidad genérica, siendo muy positivos, todavía no han tenido una consolidación en el ámbito judicial ni en el de valoración médica, y que los forenses siguen valorando períodos de estabilización demasiado amplios para este tipo de lesiones, y contemplando la existencia de secuelas.

b) Problemas prácticos que dificultan la reclamación de secuelas y su posible resarcimiento en estos casos

3.169 Contrasta en este punto la percepción mayoritaria de los abogados, abogados de víctimas y de AAVV de que sí existen muchos problemas que dificultan la reclamación y resarcimiento de este tipo de secuelas, frente a una mayoría de entidades (80%) que consideran que no existe problema alguno. El CCS ha elaborado criterios para gestionar estos casos y lo está haciendo sin dificultades relevantes. No rechaza por el

hecho de que la factura de daños materiales sea irrelevante, sino que encarga informe de biomecánica y es analizado por el perito médico. La secuela es indemnizada por el CCS cuando el informe médico contiene motivación y explicación de la secuela alegada y no una mera descripción de la problemática sintomática.

- 3.170 Los abogados, abogados de víctimas y AAVV destacan como problemas, en general, la dificultad de prueba que viene acrecentada por la negativa de las entidades a autorizar las pruebas complementarias necesarias, lo que obliga al pago de un peritaje médico privado. No obstante, aunque exista una pericial que reconozca la secuela, las entidades tienden a negarse a resarcirla extrajudicialmente o solo le otorgan uno o dos puntos, y los lesionados deben acudir a la vía judicial, lo que suele resultar antieconómico, ya que en la práctica también resulta difícil que se condene a las entidades al pago de costas. Como aspectos más particulares indican la presentación por parte de las entidades de informes biomecánicos no médicos que pretende justificar la inexistencia de lesiones cervicales y su negativa a indemnizar a los perjudicados cuando los daños materiales de los vehículos ascienden a una cuantía inferior a 400 euros.

c) *Experiencia sobre qué se entiende en la práctica como «Informe médico concluyente» necesario para acreditar la existencia de secuelas.*

- 3.171 Tanto el CCS como las entidades aportan una larga lista de consideraciones sobre qué debe entenderse en la práctica por «informe médico concluyente», destacando, entre otras, que es aquel que se basa en pruebas diagnósticas objetivas que reflejan la secuela alegada, o que es detallado, razonable y revisable por un tercero. Según las entidades no requeriría tanto que fuera pericial, como que sea robusto, sin posible discusión a juicio del tramitador, y que en la práctica se estima irrefutable cuando recoge el resultado de pruebas diagnósticas; critican que son frecuentes los informes asistenciales de alta de tratamiento, emitidos por médicos asistenciales (a riesgo de incumplir su propia normativa y código ético) que, simplemente por incorporar la palabra

«concluyente» en la denominación del informe, se quieren hacer pasar por válidos en este ámbito.

- 3.172 Por su parte, los abogados, abogados de víctimas y AAVV recurren a la interpretación que han dado algunas Audiencias. Así destacan, por ejemplo, la SAP Málaga (Sección 4ª), núm. 397/2018 de 18 junio (JUR 2019\44954), que se remite a los informes del médico tratante, en el sentido de que el informe médico concluyente es el informe del médico asistencial y que hay que tener en cuenta que la ley no solo exige «informe médico concluyente» sino «informe médico concluyente tras el periodo de incapacidad temporal» y por ello no existe mejor informe médico que acredite secuelas tras el periodo de incapacidad temporal que el del médico que ha realizado el seguimiento a la víctima en ese periodo²². En el mismo sentido se pronuncian las SSAP Granada (Sección 4ª), núm. 251/2017 de 3 noviembre (JUR 2018\68064) y 279 de 2017, de 3 y 24 de noviembre, respectivamente, o la SAP Vizcaya (Secc. 4ª). De 19.03.2018. Rec. 511/17, entre otras.
- 3.173 Por estas razones las AAVV consideran que como informe médico concluyente debería admitirse el informe médico asistencial suficientemente descriptivo de las limitaciones y sintomatología al alta médica. Indican que pueden aceptar que un informe médico que únicamente refiere por boca del paciente el dolor no puede ser considerado como suficiente o concluyente, pero entienden que un informe médico que describa una evolución durante semanas y meses, con visitas exploratorias, anamnesis detalladas y expresión de mejoría de los diferentes síntomas de la patología a lo largo del tratamiento, y que el final del

²² FD 3º: «... quien no hay que olvidar fue de todos los facultativos que han intervenido o emitido informe en este procedimiento el único que hizo un seguimiento puntual de los lesionados desde un primer momento hasta que le dio el alta médica el día 2 de agosto de 2016, por lo que teniendo en cuenta, además, de que aquel antes de emitir su informe, días después de recibir el alta clínica, le realizó nuevas pruebas, concretamente un estudio goniométrico de columna cervical, a través del cual dictaminó la secuela apreciada, lo que no hizo el perito de la demandada recurrente, que ni siquiera consta examinara el estudio radiológico realizado en la Clínica Vithas a los lesionados, ha de estarse a lo consignado en ellos, sobre todo porque gozan de toda la objetividad e imparcialidad necesarias de los que carece en principio el informe de parte aportado por la Aseguradora demandada».

tratamiento describa con apoyo exploratorio y descriptivo las problemáticas sintomáticas que todavía perduran al lesionado, debería ser considerado concluyente. Consideran, como entienden, entre otras, las sentencias de audiencias provinciales señaladas, que exigir informe médico pericial en estos casos de puntuaciones mínimas, no es justo ni proporcional. Concluyen señalando que cosa distinta es la determinación de la puntuación que corresponde, que ya implica consideraciones médico-legales propias de la especialidad en Valoración del Daño Corporal. Sin embargo, cuando la descripción del médico asistencial en el alta médica sea lo suficiente descriptiva del estado de la patología en el perjudicado, debería dejarse margen, como mínimo de 1 a 3 puntos, para su consideración sin necesidad de informe pericial médico, dejando para los peritos las valoraciones superiores.

4. ASPECTOS MÉDICOS SUSTANTIVOS²³

4.1 Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración (art. 37 LRCSCVM)

4.1.1. Necesidad de un modelo uniforme de informe médico de valoración del daño corporal

- 4.1 Sobre si sería necesario disponer de un modelo oficial para la valoración del daño corporal que cumpliera los requisitos del art. 37 LRCSCVM la mayoría de los representantes de todos los colectivos se muestra favorable a la existencia de ese modelo. La única excepción aparece en el caso de los peritos médicos de los diversos colectivos, cuya mayoría entiende que no es un instrumento necesario. El CCS matiza que ha elaborado un modelo propio que sigue con claridad la estructura de la propia Ley y recoge secuelas con puntuación y código. Se trata de un modelo muy desglosado y que no recibe observaciones, críticas ni quejas por parte de los perjudicados. Cuestión distinta es que, por la vía de las GBP se pueda convenir un contenido mínimo. Preocupa al CCS rehacer sus modelos, a los que se ha adaptado su sistema informático con mucho cuidado y esfuerzo. También señala la necesidad de establecer condiciones y plazos para el cumplimiento de los deberes recíprocos de colaboración
- 4.2 De forma clara todos los colectivos, con excepción del de médicos forenses, que no se pronuncian sobre la cuestión, sostienen que debe avisarse a la víctima con antelación suficiente de la visita del médico

²³ En este apartado, además de los colectivos mencionados en los apartados anteriores se pronuncia también el colectivo de médicos forenses.

designado por la aseguradora. Las entidades añaden que es algo que ya se lleva a cabo generalmente en la actualidad.

- 4.3 También una clara mayoría de todos los colectivos está de acuerdo en que es necesario establecer un plazo para la víctima para atender la visita del médico y un plazo para el médico para facilitar copia del informe. Los abogados de las víctimas, por su parte, proponen plazos específicos: la aseguradora debería avisar con 15 días de antelación y la víctima tendría un plazo de 5 o 7 días para aceptar la exploración.
- 4.4 En cambio, se advierte cierta heterogeneidad en las respuestas a si debe establecerse una obligación del lesionado leve de permitir ser visitado en el breve plazo de 48 horas. Así, mientras que las entidades y abogados consideran necesario que el lesionado leve permita la visita en el plazo de 48 horas, los peritos médicos y el CCS lo creen innecesario. En cualquier caso, los abogados de víctimas y las AAVV entienden que el plazo de 48 horas es demasiado breve y que debería aumentarse al menos a los 5 o 7 días. El colectivo de médicos forenses no se pronuncia sobre ese aspecto.

4.1.2. Entrega de informes médicos a las víctimas y objetividad de dichos informes

- 4.5 Se observa una clara división de opiniones respecto a si el informe médico definitivo que permita valorar las secuelas que los servicios médicos, de acuerdo con el art. 37.3 LRCSCVM, deben proporcionar tanto a la entidad aseguradora como al lesionado debe ser idéntico o no. Por una parte, las entidades (en un 80%), los abogados (95%), los abogados de víctimas (100%) y las AAVV (100%) entienden que el informe médico proporcionado a la víctima debe ser idéntico al que se entrega a la aseguradora, mientras que el CCS es contrario. En este sentido, los peritos médicos del CCS justifican su respuesta por el hecho de que hay aspectos subjetivos que no tienen por qué ser conocidos por la víctima, como la existencia de un posible fraude o, entre otros, la simulación de lesiones.

- 4.6 También existe una división parecida en la cuestión de si la víctima debería tener derecho a recibir un informe de cada visita que realice. El colectivo de víctimas (con la excepción de los peritos médicos), y los abogados son favorables a que la víctima reciba un informe de cada visita que realice, mientras que el CCS y las entidades aseguradoras son contrarios.
- 4.7 De modo unánime consideran todos los colectivos que debería garantizarse la absoluta objetividad del médico designado para valorar a la víctima para que su juicio clínico no pudiera ser modificado por terceros, y los abogados de víctimas consideran que una forma de hacerlo será estableciendo el deber de entregar una copia de la exploración a la víctima. No obstante, en algunas respuestas se hace hincapié en que no es posible garantizar un 100% de objetividad habida cuenta de la naturaleza de la práctica médica.
- 4.8 Sobre la necesidad de regular en el art. 37 LRCSCVM la posibilidad de tacha o recusación del perito designado por la entidad aseguradora o por la víctima, existe una clara división de opiniones. Por un lado, los abogados, y, dentro del colectivo de víctimas, los abogados de víctimas, las AAVV y, en menor medida los peritos médicos, son favorables a que se regule la posibilidad de tacha o recusación del perito designado por la entidad aseguradora o por la víctima, mientras que el CCS y las entidades son claramente contrarios. El CCS considera que es la entidad obligada al pago de la indemnización la que debe poder decidir sin interferencias el profesional al que encomienda la valoración. La aseguradora y el CCS deben realizar un seguimiento de cada perito médico y analizar el servicio que presta, sustituyéndole en su caso. Pero el lesionado tiene en la propia legislación sus mecanismos de defensa frente a una pericial que considera sesgada.

4.1.3. La supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) en esta materia

- 4.9 Existe una clara disparidad de opiniones respecto a la actuación de supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) en materia del art. 37 LRCSCVM.

- 4.10 Una primera cuestión que se plantea es si la DGSFP debería establecer un sistema de inspección sobre el cumplimiento de los deberes previstos en dicho artículo. Consideran que sí debería establecerse la totalidad de los abogados, abogados de víctimas, AAVV y peritos médicos de este sector. En cambio, la inmensa mayoría de las entidades entiende que es suficiente el sistema de inspección interno con el que ya cuentan.
- 4.11 Una segunda cuestión es si la DGSPF debería atender las reclamaciones contra peritos médicos que no cumplieran lo establecido en dicho artículo. Mientras que los abogados y los diversos sectores del colectivo de víctimas (abogados de víctimas, AAVV y peritos médicos) son favorables, los representantes del CCS y las entidades son contrarios. Una parte de los peritos médicos sostiene que esta potestad corresponde a los colegios médicos, mientras que para los abogados de las víctimas no hay duda de que se trata de una materia que debería ser competencia de la DGSFP, por tratarse de un órgano supervisor.
- 4.12 Los mismos colectivos que responden afirmativamente la pregunta anterior, y un 65% de las entidades, consideran que debería establecerse un plazo relativamente breve para que la DGSFP resuelva las denuncias o quejas por incumplimientos del art. 37 LRCSCVM. Los Abogados señalan que, como mínimo, la DGSFP debería contestarles, que es algo que, según su experiencia, no hace, y que debería suprimirse la obligación previa de presentar queja ante el defensor del asegurado porque no son asegurados sino terceros. Los abogados de víctimas desearían que el plazo de respuesta de la DGSFP fuera de un máximo de 60 días.
- 4.13 Finalmente, la gran mayoría de todos los sectores está a favor de que se imponga a la aseguradora la obligación de conservar todos los informes médicos y todas las ofertas de los tramitadores. Para los abogados sería una forma apropiada de evitar la existencia de múltiples y diferentes ofertas motivadas sobre un mismo asunto. En cualquier caso, las entidades recuerdan que esta cuestión se encuentra actualmente sometida a la legislación de protección de datos de carácter personal.

4.2 Posibles pruebas complementarias a la exploración del paciente para determinar la existencia de secuelas en los casos de traumatismos menores de la columna cervical (art. 135 LRCSCVM)

- 4.14 Las respuestas a esta cuestión son muy variadas, habiéndose citado las siguientes pruebas: la goniometría (colectivo de abogados), resonancia magnética, biomecánica cervical (colectivo de peritos médicos del CCS), pruebas relativas a la sintomatología o radiológicas (letrados del CCS), pruebas de diagnósticos de imagen (delegaciones territoriales del CCS), electromiograma, posturografía dinámica, estudios de biocinemática (colectivo de entidades), gammagrafía ósea (peritos médicos de las víctimas). En cualquier caso, debe destacarse que son varios los encuestados que han aprovechado la ocasión para criticar el concepto de «traumatismo cervical menor» (que consideran una invención jurídica) así como para destacar el hecho de que no existe ninguna prueba complementaria para la determinación absoluta de tales secuelas que están fundamentalmente basadas en el dolor que padece el lesionado.

4.3 Problemas planteados en la aplicación del baremo médico

4.3.1. Contenido del baremo médico

- 4.15 Una de las primeras cuestiones planteadas es si el baremo médico contenido en la tabla 2.A.1 es lo suficientemente completo y ponderado o, si por el contrario deberían revisarse algunas de las secuelas previstas o añadirse nuevas.
- 4.16 Con la excepción de las entidades aseguradoras y del colectivo de forenses, que de forma mayoritaria entiende que, salvo las señaladas anteriormente, no hace falta ninguna revisión, en el resto de sectores existe una tendencia favorable a la revisión de algunas secuelas específicas. Así, por ejemplo:
- 4.17 El 50% de peritos médicos que colaboran con el CCS indica que:

- en la secuela 03191 no consta el texto completo en la tabla (errata);
- las secuelas 02054 (incisivo o canino) y 02055 (premolar o molar) generan problemas de interpretación sobre si debe aplicarse reducción o no en los casos de prótesis o colocación de implantes.

4.18 Los peritos médicos de las víctimas se refieren expresamente:

- al perjuicio estético, por la dificultad de su correcta determinación;
- al material de osteosíntesis de los dedos de la mano (por cada dedo) (03130).

4.19 El colectivo de los abogados de víctimas entiende que:

- están inadecuadamente valoradas las secuelas correspondientes a los trastornos cognitivos y daño neurológico (del código 01135 al 01139) y de psiquiatría y psicología clínica (del código 01158 a 01167).

4.20 Algún médico forense se refiere expresamente a:

- la dificultad de valoración de las algias y a todas aquellas otras secuelas, que tienen un componente exclusivamente subjetivo y no objetivable;
- plantearse que la pérdida de una o ambas mamas (mastectomía: 03001 y 03002) se considera secuela, pero no existe la secuela de la prótesis de mama. Mientras que la pérdida de un testículo o ambos (08008 y 08009) o desestructuración del pene (08007), también consideradas secuela, si puede coincidir con la secuela de prótesis de testículo y pene (08013 y 08012).
- que debe hacerse una revisión de la tabla 2. A.1.

4.3.2. Problemas en la aplicación de los arts. 99 (secuelas interagravatorias) y 100 (secuelas agravatorias de estado previo) LRCSCVM

- 4.21 La gran mayoría de todos los sectores afirma que la aplicación de los arts. 99 y 100 LRCSCVM no ha creado problemas. Los forenses indican que ello se debe a que no son muy habituales (95%) y un 5% indica que los problemas pueden venir porque en muchas ocasiones es imposible obtener datos objetivos del estado previo. Como excepción, el 35% de los peritos médicos del CCS indica que las interagravatorias si han creado problemas, pero no indica cuales y abogados de víctimas, AAVV y peritos médicos de este sector indican que puede mejorarse la explicación de las secuelas interagravatorias que da la Ley.

4.4 La actuación médico-forense

4.4.1. Las disfunciones creadas por la nueva redacción del art. 7.5 LRCSCVM

- 4.22 La novedad producida por la introducción en el art. 7.5 LRCSCVM de la actuación de los médicos forenses fuera del ámbito penal y en sede extrajudicial del procedimiento de oferta motivada ha dado lugar a toda una serie de disfunciones. Así, como se señala en las intervenciones producidas en el panel de médicos forenses (PMF) con motivo de esta evaluación, el colectivo de médicos forenses no acabó de entender muy bien cómo se podía trabajar fuera del amparo de la autoridad judicial, y se encontró de repente en la soledad que proporciona no tener al lado la autoridad judicial dirigiendo el procedimiento y tomando decisiones que iban a tener un impacto directo en el resultado de la controversia. Desde un punto de vista organizativo, tampoco se entendía que esa carga de trabajo de los juzgados de instrucción, que se reducía debido a la desaparición de los juicios de faltas por accidentes de tráfico, se hubiera trasladado en parte a los IMLCF, que debían ocuparse de una carga administrativa ajena a la estricta pericia médica y que, por otra parte, no se veía acompañada del correspondiente incremento de medios materiales o personales para hacerle frente. Además, la introducción del precio público, contribuía a aumentar la confusión, porque

no repercutía ni directa ni indirectamente en los profesionales que realizaban el trabajo y se concebía como una sobrecarga sin recompensa alguna, no tanto en forma de retribución económica, sino mediante un incremento de los medios materiales para su desempeño.

4.4.2. Principales problemas planteados

A. La utilización en la práctica de la posibilidad de solicitar informe pericial al IMLCF en caso de disconformidad del perjudicado con la oferta motivada prevista en el art. 7.5 LRCSCVM

- 4.23 Todos los sectores, con la excepción de los forenses, o bien afirman directamente que no se utiliza la opción del informe pericial emitido por el IMLCF o, alternativamente, que se usa, pero de forma escasa y poco frecuente. Así, por ejemplo, los abogados (85%) y la totalidad de los abogados de víctimas entienden que no se solicitan esos informes por desconfianza a los IMLCF, ya que a menudo otorgan puntuaciones inferiores a las ofrecidas por las entidades. Los forenses, por el contrario, sostienen en su totalidad que sí se emplea.
- 4.24 Todos los sectores, sin excepción, entienden que la participación del médico forense es mucho menor en la actualidad que antes de la despenalización de las faltas y la consecuente desaparición del juicio de faltas, aunque algún médico forense señala que antes de la reforma el volumen de accidentados de tráfico que debían atender era más de diez veces superior al actual, pero la aplicación del nuevo baremo es más laboriosa ya que exige la elaboración de informes periciales más complejos.
- 4.25 De modo mayoritario, los abogados de víctimas y las AAVV afirman que a menudo algunos médicos forenses, en aplicación del R.D. 1148/2015, de 18 de diciembre, establecen valoraciones inferiores a la propuesta por la propia entidad aseguradora y que la finalidad principal de tal actuación es evitar que vuelvan a pedir sus servicios. Los forenses, por su parte, reconocen que puede suceder, si bien afirman que ellos actúan en todo caso de acuerdo con sus propios conocimientos y criterios, sin tener en cuenta la opinión de la aseguradora. El resto de

colectivos no se pronuncia o da respuestas tan variadas que no permiten deducir un patrón de respuesta uniforme.

- 4.26 Según señalan los médicos forenses intervinientes en panel médico forense, las disfunciones que se produjeron en un primer momento se han ido superando progresivamente, los profesionales de la medicina forense se han ido adaptando a esa nueva situación y paulatinamente se ha ido incrementado el número de pericias realizadas.

B. Incidencia práctica de los informes periciales forenses en la consecución de acuerdos

- 4.27 Las experiencias de los diversos colectivos son totalmente dispares y, a falta de datos, se refiere solo a percepciones subjetivas de acuerdo con la experiencia propia. Las entidades (90%), los letrados (100%) y el CCS entienden que tienen incidencia, aunque algunas entidades afirman que tales informes son considerados como un informe pericial más y, por lo tanto, su eficacia depende de la solidez de sus argumentos y de su rigor. En cambio, los abogados de víctimas y las AAVV señalan que no la tienen y que no los usan por desconfianza. La inmensa mayoría de los forenses (95%) indica que lo desconocen, y la mayoría del colectivo de abogados no se pronuncia sobre la cuestión. Es llamativo constatar que, en algunas provincias o en determinados partidos judiciales, los abogados no son partidarios de acudir a los IMLCF al considerar que sus valoraciones son siempre inferiores a las que en derecho consideran que corresponden a las víctimas.

C. La limitación de la actuación de los IMLCF a los casos de oferta motivada.

- 4.28 El art. 7.5 LRCSCVM prevé que los perjudicados puedan pedir informes complementarios a los IMLCF solo en los casos de disconformidad con la oferta motivada. Por ello, si la aseguradora guarda silencio, comunica la respuesta motivada, o, sencillamente hace oferta motivada sin incluir el necesario informe médico, de acuerdo con la actual redacción legal, el perjudicado no puede acudir al IMLCF. La mayoría de todos los colectivos entiende que esta situación no favorece

la solución extrajudicial, y señalan al respecto que la víctima debería poder acudir al IMLCF en supuestos de respuesta motivada o de falta de respuesta (silencio), ya que es importante la visión de un forense como parte neutral. En particular, el colectivo de forenses entiende que esa restricción no favorece la solución extrajudicial y ralentiza el proceso de tramitación porque igualmente debe darse curso y desestimarse la petición por el IMLCF y sin que el perjudicado tenga información de lo que se ha valorado. El CCS manifiesta su acuerdo con la opinión de los forenses. En definitiva, es opinión prácticamente unánime entre todos los colectivos que la restricción que establece la norma perjudica a las víctimas.

D. Aspectos prácticos relativos a la emisión de peritajes médico forenses

a) Asistencia de acompañantes a la exploración médico forense de la víctima

- 4.29 El colectivo de las víctimas sostiene que los médicos forenses no permiten, sin aportar justificación alguna, que la víctima sea acompañada, en la visita y exploración, de persona de su confianza y de su representante legal. Por el contrario, el colectivo de forenses afirma que, en principio, no tienen problema en que la víctima sea acompañada por una persona de confianza, pero no ven óptimo que sea de su representante legal, lo cual las AAVV indican que es contrario a los derechos que se reconoce a la víctima en su Estatuto. Señalan que no existe un comportamiento uniforme, aunque, si el lesionado es mayor de edad, reconocen que algunos facultativos solo permiten que entre el lesionado. Las razones que esgrimen son variadas: una es que debe entrar solo la persona citada, otra que los acompañantes interfieren la consulta interviniendo más que el propio lesionado. Las respuestas del resto de sectores son poco significativas, si bien podría entenderse que se inclinan a responder que en muchos casos no se permite que otra persona acompañe a la víctima durante la exploración. En cambio, las AAVV consideran que es un derecho de la víctima el poder ser acompañado de un tercero de su confianza para dicho trámite.

b) Importancia que se da a los peritajes aportados por la víctima y por las entidades

4.30 De forma casi unánime (90%), el colectivo de forenses afirma que admite los peritajes médicos que la víctima aporta en el momento de la visita y exploración como documental para el estudio del caso. Son de la misma opinión las entidades (90%) y el CCS. En cambio, los abogados de víctimas, AAVV, y peritos médicos vinculados a este colectivo de víctimas sostienen que ello depende de cada forense y que, en muchos casos, se devuelven los peritajes privados sin valorar su contenido, el cual debería ser analizado como cualquier otro documento.

c) Problemática planteada por la utilización del llamado «Protocolo Barcelona»

4.31 El colectivo de forenses afirma mayoritariamente que no utiliza el «Protocolo Barcelona» para la valoración del traumatismo vertebral, que tiene por objeto dar una serie de pautas del tratamiento y días de baja que puede implicar un latigazo cervical en cualquiera de sus grados, si bien una parte de ellos reconoce que recurre al mismo de forma orientativa. Por el contrario, el colectivo de las víctimas sí entiende que se emplea asiduamente. Entre las entidades se sostiene que, con la salvedad de una entidad que mencionan, no se emplea. En cualquier caso, hay que destacar que muchos de los encuestados no contestan a la pregunta.

4.32 En el Panel de médicos evaluadores, se manifiestan opiniones discrepantes, respecto a su utilidad, pues unos creen que es útil y otros consideran que no lo es porque no individualiza el caso concreto y, por esa razón, consideran que ya no debería utilizarse en la actualidad.

d) Obligación de informar al lesionado de quién ha sido el forense designado para atender su caso

4.33 Los abogados, abogados de víctimas y AAVV entienden de forma mayoritaria que debería existir siempre la obligación de informar al lesionado de quién ha sido el forense designado para atender su caso. En

el resto de colectivos, incluido el de los propios forenses, existe una gran división de pareceres en este punto. Así, entre el 55% de forenses que estima que no debe existir la obligación de informar al lesionado, señalan que el informe pericial se solicita al IMLCF y que tampoco tienen esta obligación en el caso de asuntos judiciales. A ello añaden que los médicos forenses, en su condición de funcionarios del Ministerio de Justicia, realizan pericias objetivas e imparciales y que todos ellos están calificados para llevarlas a cabo. El 45% que indica que sí debería existir la obligación legal de informar al lesionado de quien es el forense designado, entiende que ya sucede así en la práctica, ya que el forense consta en la citación que se remite y que es un derecho general de todo paciente conocer el nombre del médico que le atiende.

e) *Grado de satisfacción de las víctimas y sus abogados por la actuación de los médicos forenses.*

4.34 El grado de respuestas de esta pregunta ha sido escaso, por lo que es complejo extraer conclusiones. En cualquier caso, puede destacarse que los abogados de víctimas, AAVV y peritos médicos vinculados a este colectivo muestra una insatisfacción generalizada con la actuación de los IMLCF, hasta el punto de proponer la supresión de los informes de los IMLCF. En cambio, una parte importante de entidades y el CCS manifiestan su satisfacción mientras que los forenses indican que desconocen el grado de satisfacción.

5. ASPECTOS ECONÓMICO-ACTUARIALES

5.1 Cálculos relativos al lucro cesante

5.1.1. Saltos bruscos en algunas tablas de lucro cesante

- 5.1 Las AAVV han destacado que existen saltos de indemnizaciones que se producen en algunas de las tablas de lucro cesante que tienen su razón en la aplicación de la metodología de cálculo del valor actual de las pensiones. Opinan que deberían suavizarse para que la indemnización sea creciente según crece el salario neto en la mencionada tabla, ya que resulta inexplicable que exista menos lucro cesante a mayores ingresos. Consideran que tales resultados son contrarios al principio de reparación íntegra y que deberían de ser corregidos. La misma consideración hacen los abogados y los abogados de víctimas, aunque algunos de los primeros consideran que esos saltos son el resultado de un error no corregido.
- 5.2 Por el contrario, el colectivo de actuarios está sumamente dividido en este punto. Una tercera parte considera que el resultado de las tablas corresponde a lo que resulta de las bases técnicas actuariales y representa la medida correcta del perjuicio; el resto considera que tienen su razón en la aplicación de la metodología de cálculo del valor actual de las pensiones y ofrecen alternativas, destacando la necesidad de permitir acudir a la valoración individualizada (informe actuarial) cuando el lucro cesante efectivo difiera del tabulado. Por su parte, las entidades también están divididas y algo menos de la mitad considera que una aplicación suavizada se ajustaría más a la finalidad buscada por el resarcimiento del lucro cesante. En todo caso, la opinión generalizada en todos los colectivos es que las tablas de lucro cesante deben ser revisadas.

5.1.2. Proyección en los ingresos de lesionados que sufren incapacidad permanente total del incremento de porcentaje que se produce a los 55 años (cf. art. 129.b) LRCSCVM)

- 5.3 En el cálculo del lucro cesante por incapacidad permanente total el art. 129.b) LRCSCVM prevé que a partir de los 55 años el porcentaje de ingresos que deja de percibir el lesionado pasa del 55% al 75% y entonces se plantea la cuestión de si ese cambio debe tenerse en cuenta en la proyección de ingresos de todo lesionado aunque tenga menos de 55 años en el momento de la estabilización o, si como a menudo sucede en la práctica, si debe tenerse en cuenta solo en aquellos que se hayan estabilizado a partir de esa edad.
- 5.4 De modo unánime el colectivo de actuarios entiende que lo que ya establece la Ley es que debe tenerse en cuenta en todo lesionado, con independencia de la edad en que se produzca su estabilización. Los demás colectivos consideran también de modo mayoritario que ese es el criterio que ya establece la Ley.

5.1.3. Fallecimiento de una víctima de edad superior a la de jubilación (67 años) y que se encontraba en activo en la fecha de su fallecimiento

- 5.5 Existen casos, cada vez más comunes, de personas que continúan laboralmente activas tras la edad legal de la jubilación (que en las hipótesis de la LRCSCVM son los 67 años). El art. 133.1 LRCSCVM prevé, en sede de secuelas, que «si el lesionado había superado la edad de jubilación en el momento del accidente, pero seguía teniendo ingresos por trabajo personal, la duración del perjuicio es de dos años».
- 5.6 La respuesta de la inmensa mayoría de todos los colectivos es que esa situación debería regularse, ya que se corresponde a una realidad social cada vez más habitual, y que podrían utilizarse diversas metodologías, como por ejemplo aplicar los mismos dos años que en secuelas (actuarios, entidades), permitiendo el dictamen actuarial cuando así se requiera (actuarios); o establecer la edad de los 70 años como límite (entidades), o un escalado en función de la edad de la víctima (AAVV

y abogados de víctimas: 4 años a partir de los 67; 3 a partir de los 70; 2 a partir de los 73 y uno a partir de los 76), etc.

5.2 Discrepancia entre las hipótesis de edad de las bases técnicas actuariales y la realidad y la necesidad de dar entrada al cálculo individualizado.

- 5.7 Con el modelo actual de lucro cesante en los casos de fallecimiento, la edad de la víctima se define en función de la de los perjudicados. Señalan los actuarios que siempre que se cumpla la ley de los grandes números, el efecto para el asegurador debería ser neutro, pues los efectos positivo y negativo que la consideración de dicha hipótesis tendría sobre la cuantía de las indemnizaciones deberían compensarse. No obstante, debe añadirse que, desde un punto de justicia correctiva, que requiere la reparación íntegra de cada perjudicado individual, este criterio, que puede ser beneficioso para unos perjudicados, pero perjudicial para otros, es contrario al principio de reparación integral.
- 5.8 Para resolver este problema se podría plantear la posibilidad de hacer diversas tablas distinguiendo la edad de la víctima y la edad del cónyuge supérstite, pero como señalan los actuarios, la solución complicaría en exceso el modelo y no sería operativa por la gran cantidad de tablas que se generaría. Otra posibilidad sería abrir en estos casos una «ventana de edad», es decir, permitir que se resolvieran mediante la emisión de un informe actuarial individualizado, pero como señalan los actuarios, la valoración individual podría perjudicar al asegurador si él no tiene derecho a utilizarla, pues los perjudicados solo recurrirían a una valoración actuarial cuando la consideración de la edad real de la víctima condujera a una mayor indemnización por lucro cesante.
- 5.9 La mayoría de los abogados de víctimas y AAVV consideran que debería permitirse este cálculo individualizado cuando existiera una diferencia de edad sustancial (por ejemplo, de más de 10 años). En cambio, la mitad de las entidades considera que no debe permitirse frente a otra mitad que se manifiesta a favor.

5.3 Cuestiones relativas a algunas tablas técnicas (TT2 y TT3)

5.3.1. La tabla TT2

- 5.10 El art. 45 LRCSCVM establece que en el caso de lesionados con secuelas que fallecen tras la estabilización y antes de fijarse la indemnización, sus herederos perciben como indemnización la suma de las cantidades que resultan de las reglas siguientes:
- 5.11 a) En concepto de daño inmediato, el quince por ciento del perjuicio personal básico que corresponde al lesionado de acuerdo con la tabla 2 A.1 y 2. A.2.
- 5.12 b) Las cantidades que correspondan al porcentaje restante del perjuicio personal básico y a la aplicación de las tablas 2.B y 2.C en lo relativo al lucro cesante, en proporción al tiempo transcurrido desde la fecha de la estabilización hasta el fallecimiento, teniendo en cuenta la esperanza de vida del fallecido en la fecha del accidente, de acuerdo con la tabla técnica de esperanzas de vida (TT2) incluida en las bases técnicas actuariales a las que se refiere el art. 48 LRCSCVM.
- 5.13 De acuerdo con este criterio, los herederos percibirán:
- 15% perjuicio personal básico +
 - $(85\% \text{ p. personal básico} + \text{p. personal particular} + \text{lucro cesante}) \times \text{años transcurridos desde la estabilización hasta el fallecimiento} / \text{esperanza vida fecha estabilización (TT2)}$
- 5.14 Todos los colectivos están de acuerdo en que la tabla TT2 solo es de aplicación para los supuestos del art. 45 LRCSCVM y en que no debe ser utilizada para realizar ningún otro cálculo. Los actuarios y la mayoría de entidades aseguradoras están de acuerdo en que con la redacción actual del art. 45 LRCSCVM y lo que consta en la propia tabla está ya suficientemente claro que esa tabla no puede utilizarse para otras finalidades. En cambio, algunas entidades y las AAVV entienden que debería clarificarse dicho extremo para evitar una mala aplicación de la tabla.

5.3.2. La tabla TT3

- 5.15 La tabla TT3 es una tabla técnica de capitalización de recambios sucesivos de prótesis y órtesis según su vida útil, transformando una renta en capital, que se establece de acuerdo con lo dispuesto en el art. 115.5 LRCSCVM que prevé que los gastos correspondientes a las prótesis y órtesis que necesitará el lesionado a lo largo de toda su vida podrán indemnizarse en forma de capital utilizando el factor actuarial de conversión que corresponda de acuerdo con esta tabla.
- 5.16 La respuesta mayoritaria de todos los colectivos es que valorarían muy positivamente que se completara la tabla y que en lugar de establecer distintos tramos de recambio (cada año, cada 3, 5, 7, 10, etc.), se realizara el cálculo año a año hasta los 20 años (incluso en semestres en los primeros 24 meses), ya que ello facilitaría su aplicación al no tener que aplicar la fórmula de interpolación lineal.

5.4 Necesidad de modificar algunas hipótesis actuariales

5.4.1. La deducción de las prestaciones de dependencia en las indemnizaciones de ayuda de tercera persona (tabla 2.C.3).

- 5.17 El cálculo actuarial realizado para calcular los importes a percibir en caso de necesidad de ayuda de tercera persona descuenta de modo sistemático las prestaciones públicas de dependencia a las que tienen derecho los lesionados de acuerdo con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, *de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, con independencia de que efectivamente las perciban. Como señalan los actuarios, se trata de prestaciones difíciles de estimar por su alto grado de heterogeneidad, ya que cambian en función de la Comunidad Autónoma de que se trate y ello sin tener en cuenta que en España hay muchísimos dependientes que no cobran nada. Además, la estimación de las Bases Técnicas Actuariales se hizo de acuerdo con la normativa de esta prestación pública, de acuerdo con valores del año 2012 y con una serie de simplificaciones que fueron necesarias dado la complejidad de la norma.

- 5.18 Por su parte, los abogados de víctimas y los representantes del CCS señalan que, por regla general, los lesionados que necesitan hasta seis horas de ayuda de tercera persona no cobran nada de dependencia y que, a pesar de ello, la tabla 2.C.3 deduce sistemáticamente esta prestación. Por ello, los abogados de víctimas indican que el sistema debería partir de la premisa inversa y descontar esas prestaciones solo si se acredita que se están cobrando. En este caso, como señalan los actuarios, sería necesario abrir una «ventana» en el sistema, es decir, permitir la valoración individualizada mediante el correspondiente informe actuarial además en perjuicio de la víctima, posibilidad que el sistema no contempla en la actualidad. La CS, en su Acuerdo de 6 de febrero de 2018 (Punto 3:2:1 GBP), propone como buena práctica el modo de llevar a cabo esta ventana de cálculo en el informe actuarial que, por otra parte, ya está prevista en la Ley (cf. art. 125.6 LRCSCVM).
- 5.19 La opinión más generalizada en todos los colectivos es que deberían revisarse estas hipótesis para ajustar el sistema a la realidad actual de las prestaciones por dependencia.

5.4.2. Incorporación de alguna hipótesis adicional o de alguna modificación en la formulación del cálculo del lucro cesante o de necesidad de ayuda de tercera persona

- 5.20 La mayoría de entidades consideran que no debe incorporarse ni modificarse ninguna hipótesis actuarial, mientras que los demás colectivos apuntan las siguientes cuestiones:
- 5.21 AAVV y algún actuario consideran que debe modificarse el **precio de hora de ayuda de tercera persona** porque no se ajusta a la realidad del mercado en los supuestos de horario nocturno o festivo.
- 5.22 La mayoría de los actuarios considera que de la formulación incluida en las bases técnicas se deduce que la aplicación del incremento de horas necesarias de ayuda de tercera persona previsto en el art. 124.2 LRCSCVM y que se producirá a partir de los 50 años solo se ha tenido en cuenta cuando la edad del lesionado en la fecha de estabilización de las secuelas supera los 50 años, aplicándose el factor corrector

que pudiera corresponder en función de su edad con carácter vitalicio. Consideran que esta interpretación de la Ley no es correcta, pues supone la ruptura del principio de igualdad que debe regir el cálculo de las indemnizaciones. Este criterio es compartido por los abogados, abogados de víctimas, AAVV y un sector minoritario de entidades, que indican que debe corregirse porque la necesidad es progresiva en función de la edad.

- 5.23 Alguna entidad apunta que en el cálculo del lucro cesante y cuantía de pensiones a percibir habrían de deducirse las prestaciones privadas, parejas a las públicas, cuya suscripción resulte de una obligación legal (por ejemplo, mutualidades de previsión social como alternativas al régimen especial de trabajadores autónomos (RETA). El Acuerdo de la CS de 6 de febrero de 2018 (Punto 3:1:2. e) GBP) ha considerado que es buena práctica equiparar las prestaciones de estas mutualidades de previsión social (alternativas al RETA) a las pensiones públicas.
- 5.24 Existe división de opiniones respecto a **si las tablas de mortalidad utilizadas en las bases técnicas actuariales son las adecuadas o no**. El 50% de los actuarios considera que la tabla de población general (PEB2014) no es adecuada porque la última edad de la tabla de mortalidad (omega) es 100, valor inferior al que presentan otras tablas de mortalidad de la población española como, por ejemplo, las PERM/F 2010 referenciadas en las Bases Técnicas Actuariales y que presentan los valores 113 (cartera) y 115 (nueva producción). Consideran que, si bien es cierto que en los últimos años se observa una desaceleración en la reducción de las tasas de mortalidad, y que es objeto de debate en los ámbitos científico y profesional si esta reducción es de carácter coyuntural o estructural, ello no justificaría tal diferencia. Añaden que la introducción de una tabla de mortalidad dinámica para la población general presenta la ventaja de que considera la reducción en las tasas de mortalidad observada en el último siglo y medio. Sin embargo, también presenta la desventaja de que no permite generar las cohortes posteriores a la fecha de construcción de la tabla de mortalidad. Esto, que no supone un inconveniente en el caso de los seguros de vida, pues la normativa que les es aplicable prohíbe el aseguramiento de individuos con una edad inferior al mínimo establecido en la misma y que,

previsiblemente, pertenecerán a una cohorte anterior a la fecha de publicación de la tabla de mortalidad, supone un inconveniente notable en la valoración de las indemnizaciones del baremo en la que puede darse el caso de perjudicados que pertenezcan a una cohorte posterior a dicha fecha. Para evitar dicho inconveniente, se podría establecer una frecuencia mínima de revisión de la tabla de población general y los criterios a utilizar para generar las tablas de mortalidad de aquellos individuos que pertenezcan a una cohorte posterior a la última fecha de revisión de la tabla, salvo que se desee sustituir el modelo dinámico actual por uno estático similar al utilizado para la población en estado de incapacidad permanente.

- 5.25 Los demás colectivos, por su parte, consideran mayoritariamente que las tablas de mortalidad utilizadas son adecuadas, pero que debe revisarse periódicamente cada cierto número de años (5 según abogados de víctimas y alguna delegación territorial del CCS).

5.4.3. La revisión periódica del conjunto de hipótesis económico-financieras de las bases técnicas actuariales

- 5.26 La opinión generalizada entre los actuarios y los demás colectivos, a excepción de las entidades, es que deberían revisarse ya las hipótesis económico-financieras de las BTA para adaptarlas a las actuales circunstancias económicas y sociales, ya que los criterios de las que parten son de hace muchos años. Respecto a la periodicidad adecuada de cada revisión las respuestas oscilan entre el año y los tres o cuatro años. Solo las entidades consideran que no parece razonable la revisión continua y mientras algunas consideran que una periodicidad entre 2 y 4 años sería la aconsejable, otras apuntan a que sería mejor si fuera de 5 a 7 años, con el fin de que se dé un tiempo para su aplicación y asentamiento.

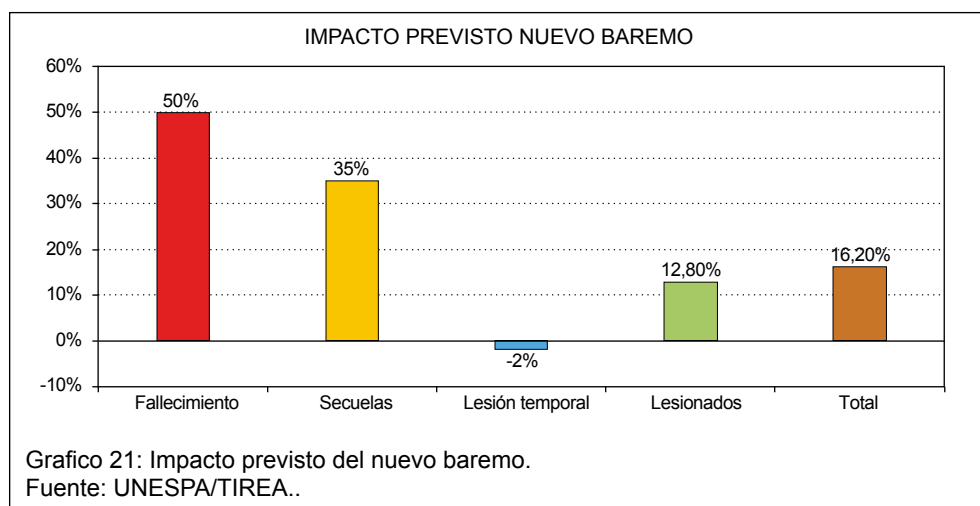
6. IMPACTO DEL NUEVO BAREMO

6.1 Impacto Ex Ante de la entrada en vigor del nuevo sistema valorativo legal de la Ley 35/2015

- 6.1 El análisis de impacto ex ante derivado del nuevo baremo de indemnizaciones que acompañó a la Memoria de Análisis de Impacto Normativo del Anteproyecto de Ley (MAIN), se realizó mediante el procesamiento y tratamiento de una muestra suficientemente representativa de siniestros de accidentes de tráfico aportados por las entidades aseguradoras correspondientes al periodo 2005-2011.
- 6.2 Se tomó este periodo porque recogía años de comportamiento diverso de la siniestralidad (precrisis económica y poscrisis económica) y porque los siniestros correspondientes a estos años en la mayoría de los casos se encontraban íntegramente tramitados y pagados.
- 6.3 Las entidades que participaron en el estudio representaban una cuota de mercado del 62%.
- 6.4 Es importante destacar que el análisis de impacto se realizó desde un modelo teórico, es decir, se establecía o estimaba el número de casos de un determinado perjuicio y se valoraba según importes del baremo antiguo y del nuevo. Por tanto, en ningún momento se utilizaron datos económicos aportados por las entidades.
- 6.5 Al modificarse la estructura de los perjuicios y al incorporarse nuevos perjuicios no existentes, con algunos casos se tuvieron que establecer hipótesis de comportamiento con base a distintos escenarios, unas para transformar los datos del baremo antiguo al nuevo baremo y otras

para estimar los casos del nuevo baremo en determinados perjuicios de los cuales no se podía extraer la información directamente.

- 6.6 El impacto global se estimó en un 16,2 % sobre la media de los costes anuales de los años de ocurrencia 2005-2011.
- 6.7 La estimación del incremento de las indemnizaciones por fallecimiento se situó en el 50%. El incremento de indemnizaciones de lesionados (secuelas y lesiones temporales) en un 12,8%. El incremento de secuelas de carácter permanente se estimó en el 35%. En las lesiones temporales se predijo una minoración del 2% por la reducción del importe de los días de indemnización no impeditivos.



- 6.8 Adicionalmente, se realizó un estudio particular de impacto de la regulación del art. 135. LRCVSCVM correspondiente a traumatismos menores de la columna vertebral.
- 6.9 Se estimó que se produciría una reducción media del volumen de casos del 20% con uno o dos puntos de secuela, sobre el volumen de casos correspondientes a los tres últimos ejercicios del periodo considerado (2009-2011) por ser dicho periodo el momento en el que se

produjo de forma especial la proliferación de solicitudes de indemnización de estos traumatismos menores.

- 6.10 Este estudio particular estimó un impacto adicional del -2,2% por la regulación del traumatismo menor de columna vertebral que se correspondía al efecto de una reducción del 3,3% de las indemnizaciones de lesiones temporales y un - 1,1% en secuelas.
- 6.11 Por otro lado, se realizó otro estudio particular por la incorporación en la norma del criterio valorista de las indemnizaciones que se estimó en el 0,8%. Se ha constatado que el impacto valorista finalmente no tuvo una incidencia relevante.
- 6.12 Por último, en las consideraciones finales se indicaba que, en base a la experiencia de reducción de la siniestralidad, si se tomara en cuenta el último año, es decir, el ejercicio 2011 como media del comportamiento más próximo a la realidad, el impacto global pasaría a ser de un 12%.
- 6.13 Por todas esas razones, con la metodología utilizada, se estimaba que el incremento se podía situar en el peor de los escenarios ligeramente por encima del 16% y alrededor del 12% en el mejor de ellos.

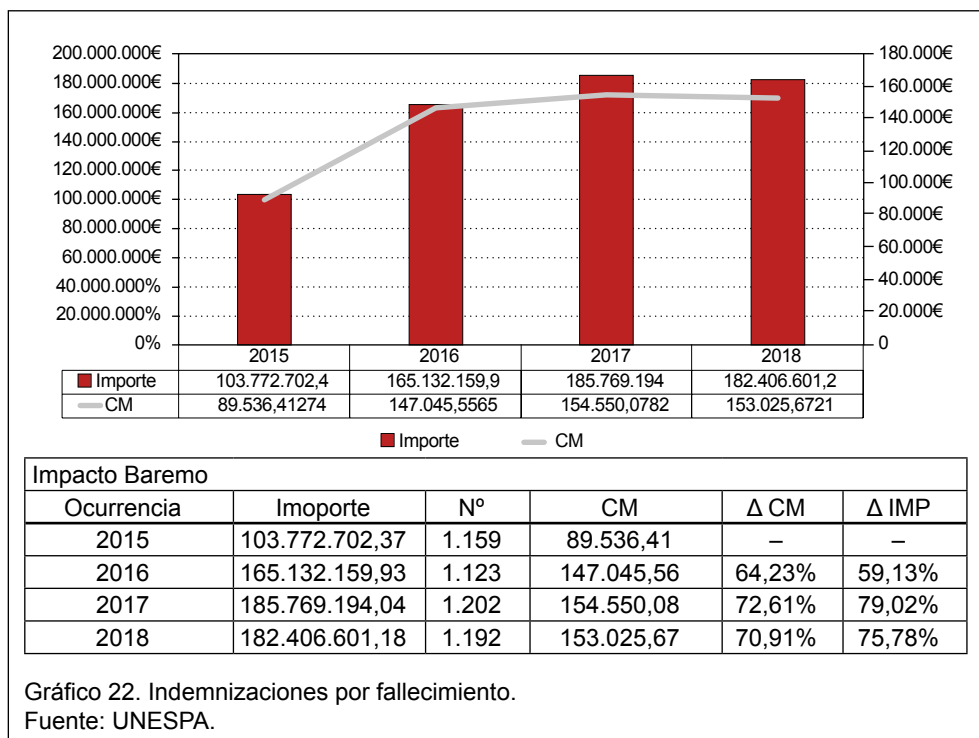
6.2 Impacto Ex Post de la entrada en vigor del nuevo sistema valorativo legal de la Ley 35/2015.

- 6.14 Para el análisis de impacto *ex post*, era sumamente difícil replicar la metodología del análisis *ex ante*, basada en la obtención de datos para elaborar una base de datos gestionada por un tercero (TIREA) y controlado el proceso por el CCS, donde las entidades remitieran sus ficheros de siniestros para el estudio. Tampoco se podía replicar el detalle del estudio *ex ante* que analizó cada uno de los perjuicios del baremo.

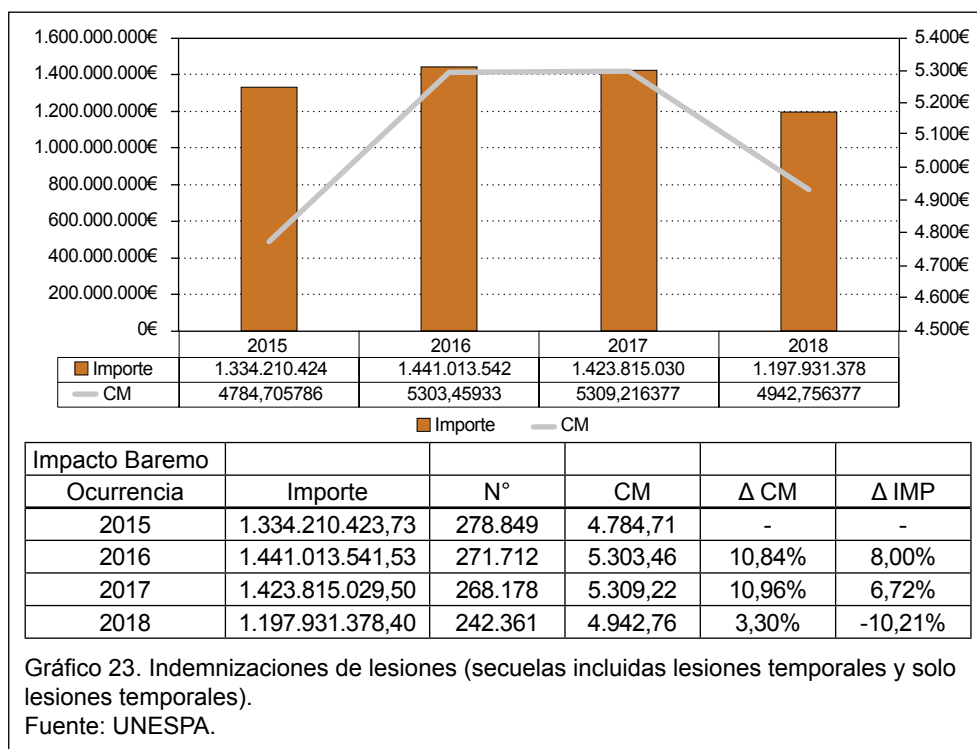
- 6.15 Con el objeto de realizar un análisis de impacto ex post de la aplicación del Baremo, la CS solicitó a UNESPA²⁴ su colaboración para determinar finalmente su impacto tras sus tres años de aplicación.
- 6.16 El impacto ex post se ha realizado mediante la comparación de los importes económicos indemnizados por los siniestros ocurridos en 2016 y 2017, a los que es aplicable el nuevo baremo, frente a los importes indemnizados por los siniestros ocurridos en 2015, a los que se aplicó el baremo anterior. Por tanto, se parte de una metodología que no es comparable con la utilizada en el análisis ex ante basada en un modelo teórico de comportamiento de la caracterización de la siniestralidad.
- 6.17 Para este estudio se ha utilizado una cuota de mercado para todos los conceptos del 87%, excepto para el análisis de secuelas que ha sido del 84%, que en ambos casos es superior y distinta de la del 62% que participó en el estudio anterior. Todos los datos de este estudio se corresponden con estas cuotas de mercado y no han sido elevados al 100%.
- 6.18 Se ha optado por una información macro de la evolución de las grandes partidas indemnizatorias (fallecimiento, secuelas y solo lesión temporal). Hay que aclarar que en el concepto indemnizatorio de secuelas se incluyen a aquellos lesionados que han sido indemnizados por secuelas y por lesiones temporales.
- 6.19 Es importante destacar que los datos tienen un grado de madurez diferente referida a la finalización de los siniestros en función del año de ocurrencia del siniestro. Los datos del 2016 se consideran suficientemente maduros, los datos del año 2017 se consideran medianamente maduros y los del 2018 no maduros, por lo que este ejercicio no se considera comparable.

²⁴ Las entidades participantes en el estudio de impacto ex post han sido las siguientes: Allianz, Axa, Seguros Bilbao, Catalana Occidente, Generali, Liberty; Línea Directa, Mapfre, Mutua Madrileña, Pelayo, Plus Ultra; Reale y Zurich

- 6.20 El único dato plenamente consolidado es la siniestralidad correspondiente al ejercicio de ocurrencia 2016, ya que los importes de los ejercicios 2017 y 2018 pueden variar según vaya conociéndose más información de los lesionados y de los perjuicios reclamados. Aunque se indican los datos del ejercicio 2018, motivado por su bajo grado de madurez, no se consideran concluyentes para el estudio.
- 6.21 A continuación, se analiza para cada una de las distintas partidas indemnizatorias su comportamiento.
- 6.22 En fallecimiento, el incremento de indemnizaciones (último ejercicio del baremo anterior) ha sido del 59% en el 2016 y del 79% en el 2017 frente al ejercicio 2015. Ello supone 9 puntos más de impacto en el 2016 sobre incremento del 50% previsto para las indemnizaciones por fallecimiento.

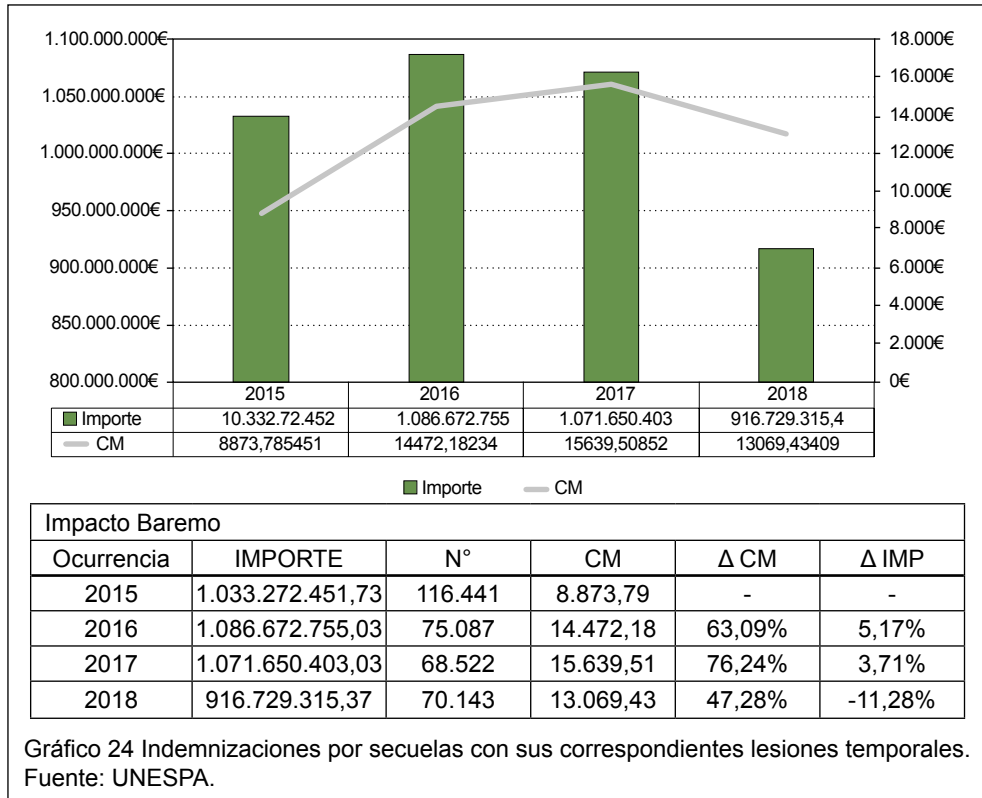


- 6.23 Las indemnizaciones medias por fallecimiento también se han incrementado pasando de los 89.536 euros en 2015 a los 147.046 euros en 2016 y 154.550 en 2017, lo que representan incrementos del 64% y del 73% respectivamente.
- 6.24 Las indemnizaciones incorporando los conceptos de secuelas y lesiones temporales, se han incrementado en el 8% en el 2016 y en el 7% en el 2017 respecto al 2015.
- 6.25 Ello supone una diferencia de casi -5 puntos porcentuales respecto con la media estimada en la evaluación ex ante del 12,8%. Sin embargo, el coste medio de las indemnizaciones por lesionado se ha incrementado en 11 puntos porcentuales en cada uno de los ejercicios frente al 2015.



- 6.26 Si observamos el número de lesionados totales, éstos pasan de los 278.849 en 2015 a los 271.712 en 2016 y los 268.178 en 2017, lo que supone un -2,6% en 2016 y un -3,8% en 2017 en número de lesionados.

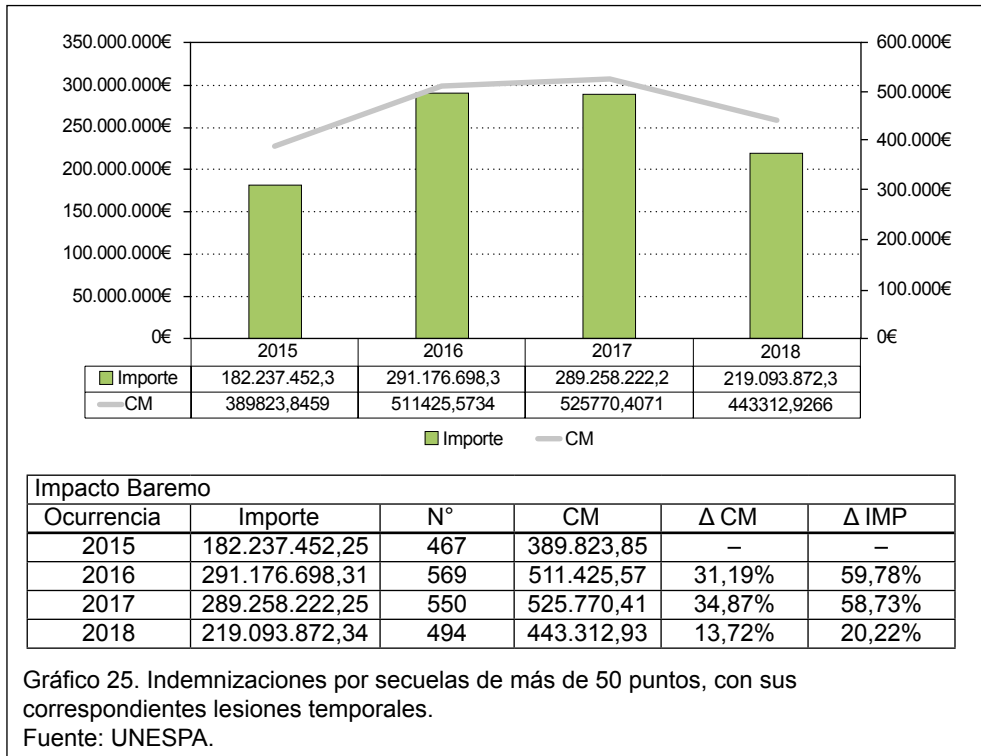
6.27 La comparativa de secuelas no es del todo homogénea, ya que mientras en la evaluación ex ante era un concepto aislado de la lesión temporal, en la evaluación ex post viene informada la secuela con la lesión temporal en el importe de secuelas.



6.28 En número de lesionados con secuelas y lesión temporal asociada a esa secuela, se pasa de los 116.441 en 2015 a los 75.087 en 2016 y a los 68.522 en 2017, produciéndose un desplazamiento de los lesionados de menos de 6 puntos de secuela a lesionados con Solo Lesión Temporal.

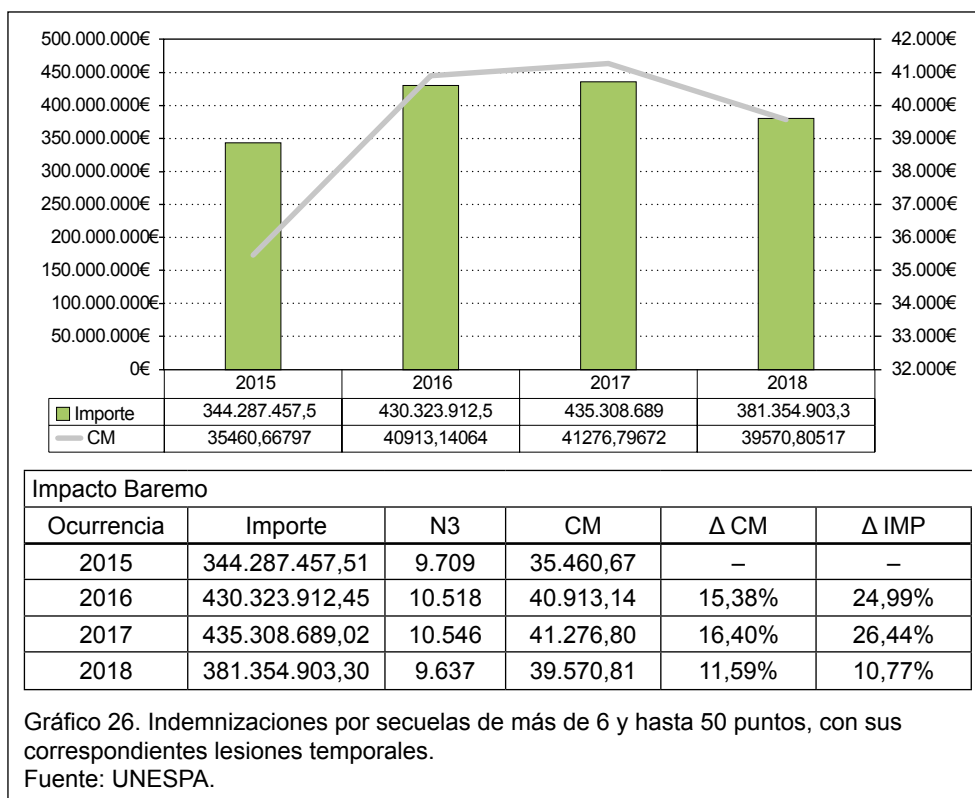
6.29 Las indemnizaciones por secuelas en el 2016 y 2017, se han incrementado en el 5% y el 4% respectivamente frente al 2015 y sus costes medios en un 63% y un 76 %.

6.30 Sin embargo, este comportamiento es distinto según el grado de gravedad de las secuelas, así los lesionados graves con más de 50 puntos de secuelas, han incrementado las indemnizaciones un 60% en el 2016 y un 59% en el 2017 frente al ejercicio 2015. Los costes medios crecen en un 31% y 35% respectivamente.

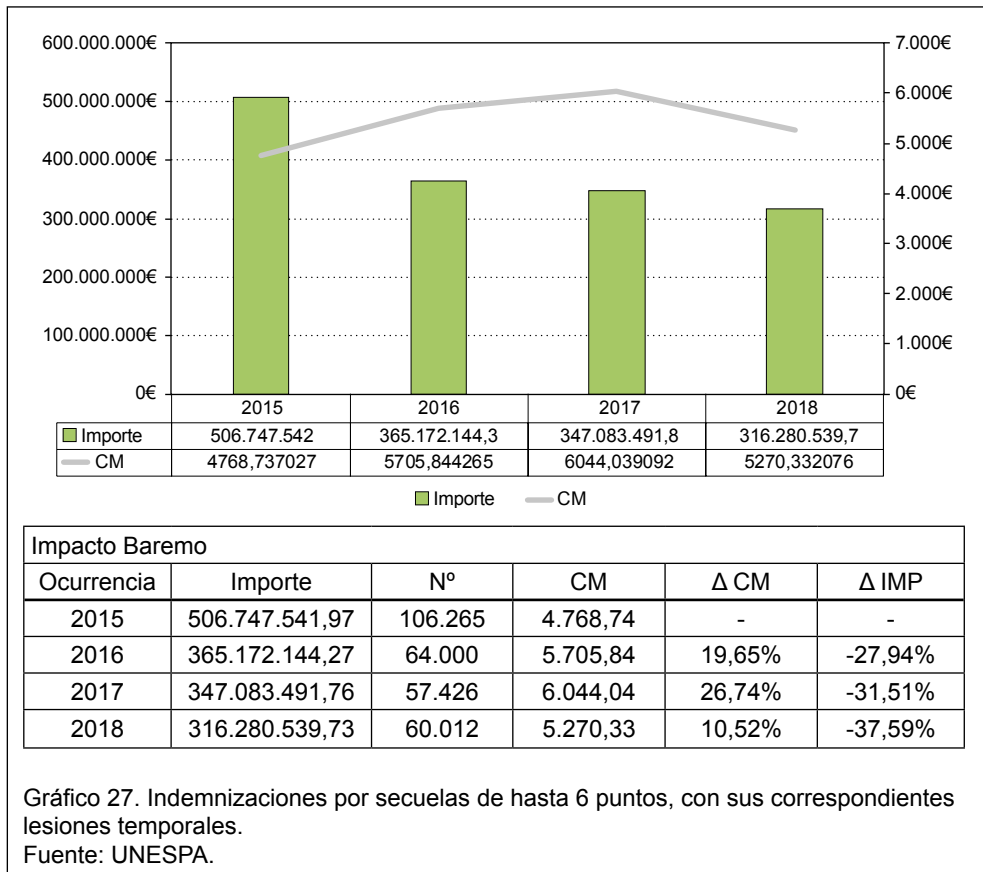


6.31 Hay que destacar también que el número de lesionados graves de más de 50 puntos crecen un 22% y un 18% respecto al 2015, pasando de los 467 en 2015 a los 569 en 2016 y 550 en 2017.

6.32 Los lesionados moderados entre 7 y 50 puntos también crecen entre un 8 y un 9%. En 2015 se situaban en los 9.709 lesionados pasando en 2016 a los 10.518 y a los 10.546 en 2017.

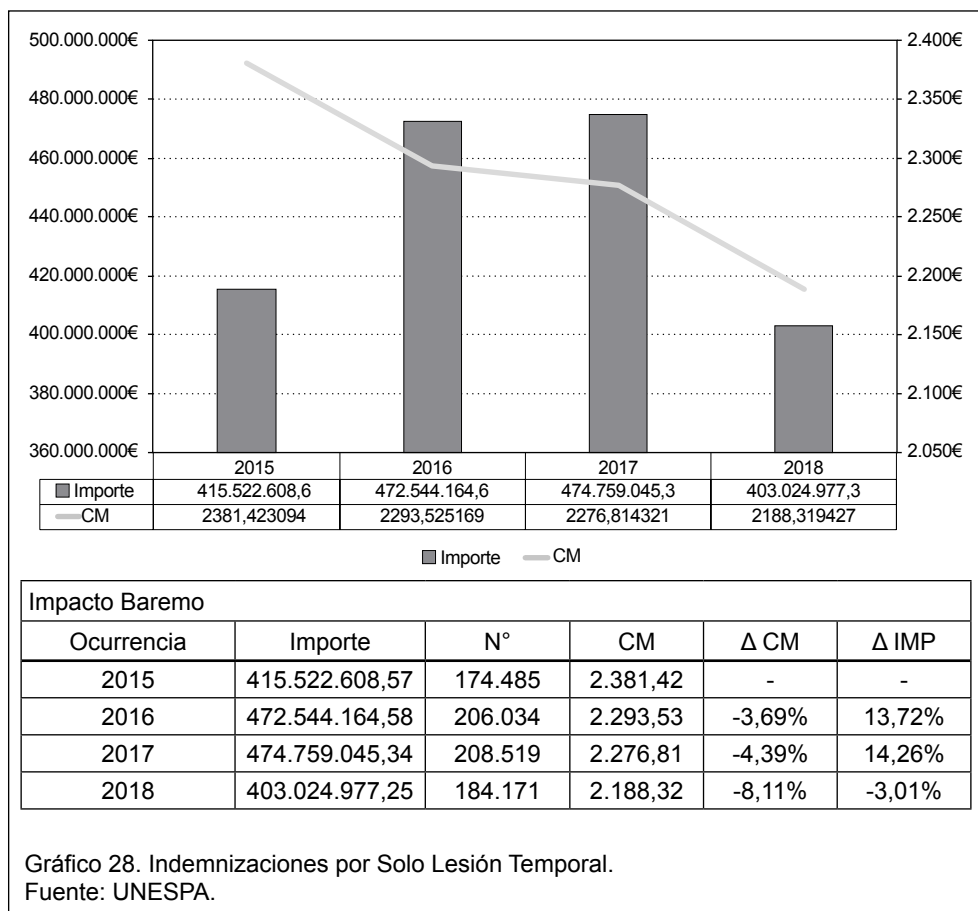


- 6.33 En esta cohorte de lesionados las indemnizaciones se incrementan en el 25% y 26% en los años 2016 y 2017 y sus costes medios en el 15% y en el 16% respectivamente.
- 6.34 En el tramo de lesionados con secuelas de menos de 7 puntos, el importe indemnizado baja un 28% en el 2016 y un 31% en el 2017, respecto al 2015, aunque sin embargo el coste medio del lesionado indemnizado se incrementa en el 20% y 27% respectivamente.



- 6.35 La reducción del importe indemnizado en secuelas de hasta 6 puntos, se produce por la reducción de lesionados que decrece desde los 106.265 en 2015 a los 64.000 en 2016 y los 57.426 en 2017. Este hecho se produce por el efecto de la aplicación del art. 135 LRCVSC-VM que no indemniza como secuelas a los lesionados de traumatismo menor de columna vertebral que no puedan acreditar la existencia de secuela, y que por tanto se indemnizan como Solo Lesión Temporal si cumplen con los criterios de causalidad legal del mencionado artículo.
- 6.36 De la misma forma, esta regulación del art. 135 LRCVSCVM, hace que el número de lesionados indemnizados con Solo Lesión Temporal se incremente en 31.549 casos en 2016 y 34.034 casos en 2017.

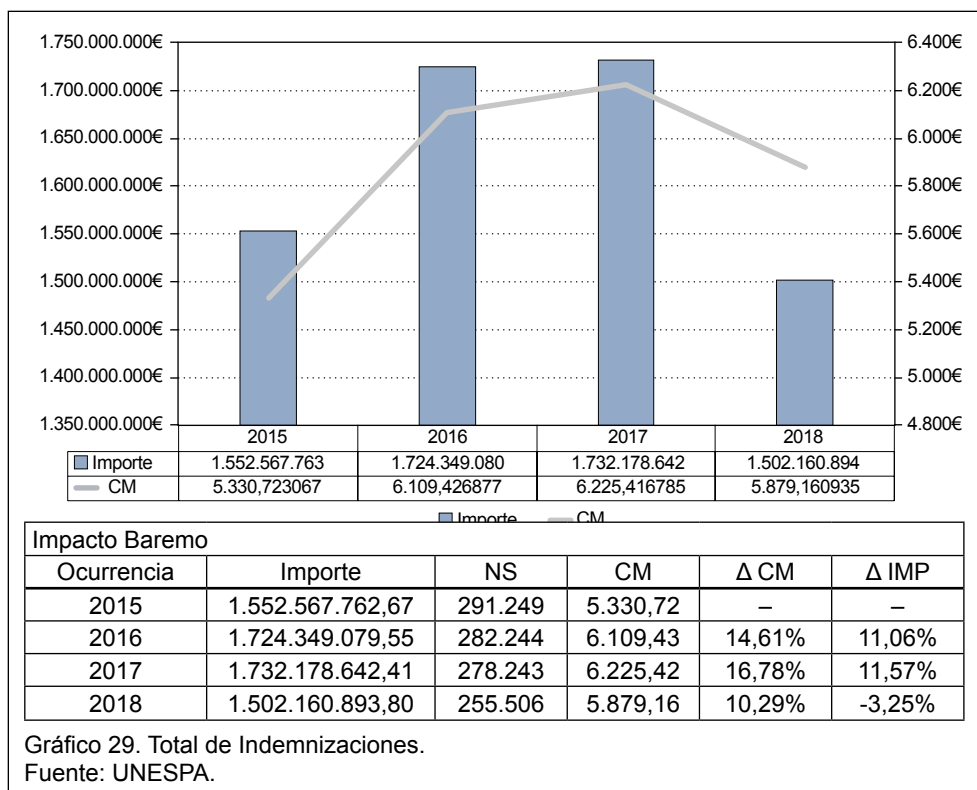
6.37 Finalmente, el incremento de lesionados con Solo Lesión Temporal más los incrementos de lesionados con secuelas de más de 6 puntos y de lesionados con secuelas de más de 50 puntos, compensan en gran medida la reducción de lesionados de menos de 6 puntos.



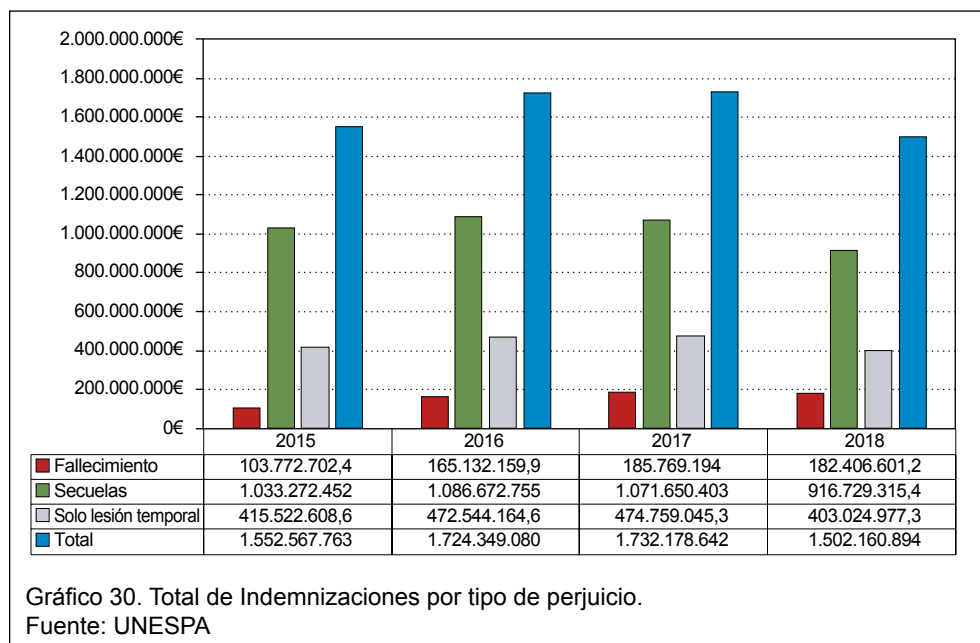
6.38 Los lesionados totales pasan de los 278.849 en 2015 a los 271.712 en 2016 (-2,6%) y los 268.178 en 2017 (-3,8%).

6.39 Las indemnizaciones de lesionados con Solo Lesión Temporal se incrementan en el 14% en los años 2016 y 2017 frente al 2015. Sin embargo, sus costes medios disminuyen en el 4% motivado por el mayor número de lesionados indemnizados con Solo Lesión Temporal.

6.40 Si se compara el ejercicio 2015 (baremo anterior a la reforma) con los ejercicios de ocurrencia 2016 y 2017 (nuevo baremo), observamos que **las indemnizaciones totales por todos los conceptos se han incrementado en un 11% respecto al 2015.**



6.41 Los costes medios de indemnizaciones de los ejercicios 2016 y 2017 se incrementan en el 15% y en el 17% respectivamente frente al 2015.



6.3 Conclusiones sobre el impacto del baremo

- 6.42 La metodología aplicada no permite hacer una comparación detallada con los resultados del análisis que se utilizó para hacer el análisis de impacto ex ante de la ley. No obstante, permite comparar el impacto total del ejercicio 2015 respecto al ejercicio 2016, año suficientemente maduro para realizar una comparación económica.
- 6.43 El nuevo baremo ha dado como resultado que el incremento de costes totales al comparar los siniestros ocurridos en el ejercicio 2015 con los siniestros ocurridos en el 2016 ha sido de un 11%.
- 6.44 Las indemnizaciones por fallecimiento se han incrementado en el 59%.
- 6.45 Las indemnizaciones vinculadas a los lesionados (secuelas con lesiones temporales y Solo Lesión Temporal) se han incrementado en el 8%.

- 6.46 Las indemnizaciones vinculadas a los lesionados con secuelas, con inclusión de sus correspondientes lesiones temporales, se han incrementado en el 5%.
- 6.47 El incremento anterior del 5% correspondiente a los lesionados con secuelas se desglosan de la manera siguiente:
- 6.48 a) El importe por lesiones con secuelas de más de 50 puntos de secuela (lesionados graves o muy graves) se ha incrementado en el 60%.
- 6.49 b) El importe por secuelas de más de 6 puntos y hasta 50 puntos (lesionados moderados) se ha incrementado en el 25%.
- 6.50 c) El importe por secuelas de hasta 6 puntos (lesionados leves) se ha reducido en el 28%.
- 6.51 La reducción de las indemnizaciones de lesionados leves con secuelas se produce por la reducción del número de lesionados por secuelas de 1 o 2 puntos, que en su mayoría pasan a indemnizarse como lesionados con Solo Lesión Temporal. Por ello, el importe de las indemnizaciones de lesionados con Solo Lesión Temporal se incrementan en el 14%.
- 6.52 En este sentido, el número de lesionados con secuelas de menos de 6 puntos disminuyen en 42.265 lesionados y se incrementan los lesionados con Solo Lesión Temporal 31.189 lesionados.
- 6.53 Por otro lado, el número de lesionados con secuelas de más de 50 puntos crece en 102 lesionados, mientras que el número de lesionados de más de 6 puntos y hasta 50 puntos de secuela crece en 809 lesionados.
- 6.54 Finalmente se puede concluir que el nuevo baremo incrementa notablemente las indemnizaciones por fallecimiento y de lesionados graves y, en menor medida, de los moderados. En cuanto a los lesionados leves, vinculados a las reclamaciones por traumatismo menor de columna vertebral, se produce el ya indicado desplazamiento de

las indemnizaciones de secuelas de 1 o 2 puntos a indemnizaciones exclusivamente por lesiones temporales, con lo cual han dejado de percibir el importe correspondiente a esas secuelas.

- 6.55 Los resultados expuestos en las conclusiones anteriores son consistentes, de modo sustancial, con los objetivos y las previsiones señaladas por la Memoria de Análisis de Impacto Normativo del Anteproyecto de la Ley 35/2015 de reforma del Baremo.

7. CONCLUSIONES

7.1 Sobre la valoración global del nuevo sistema legal para la valoración del daño corporal (SLVDC)

- 7.1 Las opiniones expuestas a lo largo del proceso de evaluación por todos los intervinientes respecto a la aplicación del SLVDC desde que entró en vigor el 01.01.2016 coinciden en valorar de forma muy positiva dicho Sistema. Lo consideran un instrumento eficaz para resarcir con equidad, certidumbre, rapidez y suficiencia los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de accidentes de la circulación. Existe consenso acerca de la necesidad de conservar este Sistema como un bien jurídico imprescindible y mejorarlo en la medida en que sea preciso y razonable para mantener e incrementar la protección de las víctimas y perjudicados y para facilitar y mejorar la gestión efectiva de las indemnizaciones por parte de las entidades aseguradoras y del CCS como Fondo de Garantía.

7.2 Sobre la identificación y número de los aspectos a revisar y mejorar

- 7.2 El trabajo realizado por la CS y plasmado en su GBP, así como la exposición de opiniones recabadas durante el proceso de contraste por esta evaluación ex post mediante cuestionarios, entrevistas y paneles, han permitido identificar con claridad aspectos susceptibles de mejora del nuevo SLVDC. El conjunto de esos aspectos no afecta ni a los principios en los que se sustenta el Sistema ni a su estructura.
- 7.3 La CS califica de reducido el número de cuestiones cuya reforma o estudio se considera imprescindible abordar, pues reducido es el número de recomendaciones en comparación con la cantidad de materias

o conceptos novedosos que aborda el nuevo sistema y con la verdadera magnitud de los importes resarcitorios que derivan de dichos conceptos.

- 7.4 Es igualmente reducido el número de recomendaciones si se tiene en cuenta que para la elaboración de este Informe Razonado la CS ha abordado el examen de todos los conceptos y todo el extenso articulado de la Ley.
- 7.5 La inmensa mayoría de las recomendaciones han sido consensuadas por todos los intervinientes en la CS, que representan los distintos intereses vinculados a la aplicación del SLVDC.
- 7.6 La puesta en práctica de tales recomendaciones que lleve a cabo el legislador deberá venir acompañada de una Memoria de Análisis de Impacto Normativo (MAIN) en la que se analice de un modo especial su impacto económico en el sector y en la economía española en general.

7.3 Sobre el impacto económico del nuevo SLVDC

- 7.7 Aunque todavía es pronto para valorar en profundidad el impacto del nuevo Sistema, dado que en la fecha en que se redactan estas conclusiones el único ejercicio completo que puede considerarse suficientemente ilustrativo del comportamiento del sistema en su conjunto, que incluiría siniestros de grandes lesionados y demás de larga duración, es el ejercicio 2016, se concluye que el nuevo SLVDC ha dado lugar a un incremento global de las indemnizaciones y que lo ha hecho en la forma esperada por el Grupo de Expertos que en su día preparó la propuesta de reforma del Sistema.
- 7.8 Muy significativo ha sido el aumento de las indemnizaciones en los casos de fallecimiento y de lesiones de gravedad, y moderado el relativo a las lesiones de cierta relevancia. Respecto a las lesiones leves y temporales, en cambio, se ha producido una ligera disminución, en línea con lo que pretendía la norma de acuerdo con lo expuesto en su Memoria de Análisis de Impacto Normativo (MAIN).

7.4 Sobre el SLVDC como contexto idóneo para la consecución de acuerdos amistosos

- 7.9 La mayor complejidad del nuevo SLVDC que entró en vigor el 01.01.16, derivada de la significativa ampliación de conceptos resarcitorios, no ha supuesto en la práctica un detrimento para la consecución de acuerdos transaccionales como medio prioritario para la liquidación y pago de las indemnizaciones.
- 7.10 El nuevo sistema obliga a todos los intervinientes a valorar muchos nuevos conceptos perjudiciales no previstos o insuficientemente previstos en el sistema derogado, y a constituir pruebas razonables de la existencia de los requisitos de tales conceptos. No obstante, se puede afirmar que, en términos generales, tales novedades no han menoscabado el tradicional enfoque transaccional para la resolución de conflictos, muy consolidado y apreciado en nuestro país.

7.5 Sobre el efecto de las recomendaciones de la Comisión de Seguimiento (CS) contenidas en la Guía de Buenas Prácticas (GBP)

- 7.11 La Comisión de Seguimiento (CS) constata, con satisfacción, que los trabajos realizados en su seno relativos a la elaboración de una «Guía de Buenas Prácticas» (GBP) han contribuido a resolver dudas y facilitar la puesta en práctica del nuevo sistema. Es corriente de opinión generalizada que la GBP se ha centrado en aspectos esenciales de la gestión de las indemnizaciones y ha mejorado dicha gestión.
- 7.12 La valoración positiva de estas recomendaciones lleva a la CS a concluir que su traslación al ordenamiento legal tendría un efecto muy beneficioso para reforzar el SLVDC como instrumento de protección de los perjudicados y de resolución extrajudicial de los conflictos.

7.6 El SLVDC como referencia

- 7.13 En su proyección interior, el tiempo transcurrido desde la implantación del nuevo sistema ha demostrado la vis expansiva del sistema

valorativo para su aplicación como referencia en la cuantificación de las indemnizaciones por daños y perjuicios en otras actividades distintas a la circulación de vehículos a motor.

- 7.14 En su proyección exterior, como han podido comprobar miembros de la CS que han tenido la oportunidad de exponer el actual SLVDC fuera de España, tanto ante la comunidad científica internacional como ante asociaciones de víctimas y sectores aseguradores extranjeros, el nuevo sistema valorativo legal ha sido valorado muy positivamente.

8. RECOMENDACIONES

8.1 RECOMENDACIONES POR UNANIMIDAD

8.1.1. Incorporación a la Ley o a textos normativos de rango inferior de propuestas de la Guía de Buenas Prácticas (GBP)

- 8.1 La CS recomienda, como criterio general, que se incorporen a la ley o a textos normativos de rango inferior las propuestas de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) y, en particular, que se incorporen a la ley las que se indican en estas recomendaciones.

8.1.2. Necesidad de establecer plazos máximos para la visita de exploración del lesionado por parte del IMLCF y de ajustarse a la controversia

- 8.2 La CS ha tenido la oportunidad de constatar que los plazos que van desde la solicitud de informe pericial complementario al IMLCF a la fecha de visita para la exploración del lesionado suelen ser muy dilatados y variables. Por ello considera que debería valorarse la posibilidad de establecer plazos máximos razonables entre una y otra fecha y también para emitir y facilitar el informe del IMLCF al lesionado o a su representante legal y a la entidad aseguradora.
- 8.3 La CS también considera que la valoración realizada por los IMLCF debería ceñirse a la que es objeto de controversia entre las partes, de tal modo que no pueda ser menor que la que conste en la oferta motivada emitida por la entidad aseguradora ni mayor que la reclamada por la víctima.

8.1.3. Deber de facilitar gratuitamente y de modo accesible los atestados

- 8.4 La CS, de conformidad con la línea que apunta el Proyecto de modificación de la Directiva 2009/103/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre relativa al seguro de la responsabilidad civil que resulta de la circulación de vehículos automóviles así como al control de la obligación de asegurar esta responsabilidad, en la redacción propuesta por el Parlamento Europeo, considera que la información de interés contenida en los atestados e informes elaborados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad encargadas de la vigilancia del tráfico que recojan las circunstancias del accidente debería ser facilitada de modo gratuito y accesible a los interesados y recomienda que tal modificación se incluya en la redacción del art. 7.1 LRCSCVM, ya que todas las partes que se han manifestado en esta evaluación consideran que el atestado es un documento imprescindible para determinar la responsabilidad y, por lo tanto, para iniciar la correcta gestión de las indemnizaciones.

8.1.4. El deber de comunicación de la denuncia penal y su valor como reclamación previa prevista por el art. 7.1 LRCSCVM

- 8.5 La CS considera que la víctima deberá comunicar a la entidad aseguradora del vehículo responsable el inicio de un procedimiento penal a su instancia.
- 8.6 Tal comunicación se equiparará a la reclamación previa del art. 7.1 LRCSCVM. El mismo valor tendrá la comunicación del juzgado a la entidad aseguradora en los casos en que el procedimiento se inicie de oficio.

8.1.5. Entidad de los pagos a cuenta

- 8.7 Los pagos a cuenta o parciales anticipados a cuenta de la indemnización resultante final referidos a daños corporales que prevé el art. 7.4 LRCSCVM deberán ajustarse el máximo posible al importe de los perjuicios cuya consolidación esté ya constatada.

8.1.6. Buena fe procesal en relación con la obligación de aportar informe médico definitivo de los arts. 7.3.c) y 7.4.b) LRCSCVM

- 8.8 La CS considera que debe establecerse que la buena fe procesal impide aportar al proceso judicial aquellos informes médicos definitivos de los que las partes ya disponían en la fase extrajudicial y que no hayan aportado en la fase extrajudicial cuando estaban obligadas a ello.

8.1.7. Posibilidad de la víctima de acudir a los IMLCF en los supuestos de respuesta motivada por la inexistencia de lesiones

- 8.9 La CS considera que debe incorporarse en la redacción del art. 7.5 LRCSCVM la posibilidad de que la víctima también pueda acudir a los IMLCF en los supuestos de respuesta motivada por la inexistencia de lesiones.

8.1.8. Inexistencia de necesidad de reclamación previa cuando se aporta oferta o respuesta motivada

- 8.10 La CS considera que debería clarificarse el art. 7.8 segundo párrafo LRCSCVM para indicar que, cuando se aporte la oferta o respuesta motivada emitida por el asegurador en cumplimiento del deber de diligencia con carácter previo a la reclamación de la víctima que establece el art. 7.2 párrafo quinto LRCSCVM, no será necesario formular la reclamación previa para admitir a trámite la demanda judicial

8.1.9. Estudio del uso de la plataforma SDPLEX

- 8.11 La CS recomienda que, con participación de todos los sectores afectados, se cree una comisión que promueva el uso de la plataforma SDPLEX de tramitación de reclamaciones y estudie las ventajas e inconvenientes de establecer su uso obligatorio en el futuro.

8.1.10. *Modificación de la LEC para facilitar el acceso de las víctimas a la justicia e incentivar la solución extrajudicial de conflictos.*

- 8.12 La CS recomienda que, además de la potenciación y mejora del procedimiento extrajudicial para que consiga la máxima eficacia, se estudie también, con participación de todos los sectores afectados, valorar el instrumento de la condena en costas, en supuestos de estimación parcial de la demanda, como incentivo a una menor litigación y la introducción de las reformas procesales necesarias para mejorar el acceso de las víctimas a la justicia.

8.1.11. *Unificación de la terminología legal relativa a los informes médicos*

- 8.13 La CS considera que no pueden seguir existiendo diversas denominaciones del «informe médico» que aparecen a lo largo de toda la ley y que están complicando la gestión y tramitación de las reclamaciones, con denominaciones como «informe médico definitivo» (arts. 7.3.c), 7.4. b) y 37.3 LRCSCVM), «informe» (art. 9. b) LRCSCVM), «informe médico» (arts. 113.6, 115.1 y 2, 116.1 y 2, 117.1 y 2 LRCSCVM), «prueba pericial médica» (arts. 113.5 y 121.2 LRCSCVM) y recomienda unificar las diversas denominaciones relativas al «informe médico» que aparecen a lo largo de la ley en dos únicas clases, a saber, el «informe médico asistencial» y el «informe médico pericial». El primero se refiere al informe médico emitido por el médico que atiende al paciente en su proceso de diagnóstico y tratamiento. El segundo se refiere al informe médico realizado por un experto en valoración del daño corporal de acuerdo con los criterios de su especialidad y los criterios médicos establecidos por el sistema valorativo legal. Esos informes, a su vez, podrán ser provisionales o definitivos y, en su caso, el informe pericial definitivo podrá ser, además, concluyente.

8.1.12. Ampliación del plazo del tratamiento médico y psicológico del art. 36.3 LRCSCVM

- 8.14 La CS considera que el plazo de seis meses establecido en el art. 36.3 LRCSCVM relativo al tratamiento médico y psicológico al que tienen derecho los familiares de víctimas fallecidas y de grandes lesionados es demasiado breve y por ello se propone que se resarzan los gastos de dicho tratamiento hasta el límite máximo de un año.

8.1.13. Indemnización por secuelas en caso de fallecimiento del lesionado tras la estabilización de las secuelas y antes de fijarse la indemnización (art. 45 LRCSCVM).

- 8.15 La CS recomienda que el concepto de daño inmediato del art. 45.a) LRCSCVM incluya los perjuicios particulares previstos en la tabla 2B, manteniendo el mismo porcentaje del 15%, dado que el sistema actual no tiene en cuenta los perjuicios particulares que sufren los lesionados, que pueden ser muy importantes en estos casos, ya que suele tratarse de lesionados graves.

8.1.14. Revisiones periódicas de las bases técnicas actuariales del art. 48 LRCSCVM

- 8.16 La CS recomienda que la revisión de las hipótesis de las bases técnicas actuariales se realice, la primera, a los tres años y las sucesivas, salvo circunstancias excepcionales, cada cinco años.

8.1.15. Actualización de acuerdo con el IPC

- 8.17 El art. 49.1 LRCSCVM establece que la actualización automática que se produce cada 1 de enero de cada año se lleva a cabo «en el porcentaje del índice de revalorización de las pensiones previsto en la Ley de Presupuestos Generales del Estado». La CS recomienda que se sustituya dicho índice en este artículo y en los demás artículos concordantes, como el 42.1 LRCSCVM, por el IPC.

8.1.16. Necesidad de distinguir entre actualización y modificación de bases técnicas en el art. 49 LRCSCVM

8.18 La CS recomienda que el art. 49 LRCSCVM se clarifique con la finalidad de distinguir entre la actualización automática de cuantías y límites indemnizatorios, por una parte y, por otra, la modificación de las bases técnicas y de las tablas del sistema que resultan de la aplicación de la ley y de las bases técnicas. En este último caso, dichas bases técnicas y tablas no son objeto de actualización, sino de modificación periódica, debiendo el texto legal dejar claro el momento a partir del cual, tanto en casos de fallecimiento como de lesiones, resultan aplicables. Una posible propuesta podría establecer titular el art. 49 LRCSCVM de un modo parecido a «Actualizaciones de cuantías y límites indemnizatorios y modificaciones de bases técnicas», con una redacción del art. 49.2 LRCSCVM parecida a la siguiente:

8.19 «2. No obstante, las tablas de lucro cesante y de ayuda de tercera persona, por su naturaleza, no se actualizan, sino que se modifican conforme a las bases técnicas actuariales. Para los accidentes ocurridos con anterioridad a cada modificación, se aplicarán las tablas vigentes en el momento del fallecimiento o de la estabilización de las secuelas, actualizadas en el momento del pago con el IPC aplicable».

8.1.17. Ampliación de las definiciones incluidas en la Sección Segunda del Capítulo I del Título IV de la LRCSCVM

8.20 La CS recomienda añadir la definición de «ingresos netos» contenida en la GBP en la ley.

8.1.18. Corrección de la indemnización del perjuicio extrapatrimonial por fallecimiento de su progenitor que sufren los hijos a partir de los 30 años (art. 65, y tabla 1.A LRCSCVM).

8.21 La CS considera que la indemnización del perjuicio extrapatrimonial básico de los hijos «a partir de 30 años» debe incrementarse en diez mil euros, para que no sea la misma que perciben los hermanos «que tengan hasta 30 años», o los abuelos, «en caso de premoriencia del

progenitor de su rama familiar». Por su parte, el perjuicio particular por convivencia para «A cada hijo que tenga más de 30 años» debe reducirse de 30.000 euros a 20.000 euros para mantener la coherencia del sistema, y que en el caso de convivencia de estos hijos la indemnización sea la misma que la que perciben los hijos menores de 30 años y mayores de 20.

8.1.19. Perjuicio particular por el fallecimiento de dos o más perjudicados del art. 62 LRCSCVM en el mismo accidente, con la excepción de los allegados.

- 8.22 La CS recomienda añadir como indemnización particular el fallecimiento de dos o más perjudicados del art 62. LRCSCVM, con excepción de los allegados, dado que tal necesidad ha sido detectada por diversos intervinientes de todos los sectores a lo largo del proceso de evaluación y se confirma por parte del CCS por su experiencia práctica.

8.1.20. Perjuicio particular por pérdida de feto de más de 32 semanas de gestación

- 8.23 La CS recomienda perfilar el perjuicio particular por pérdida de feto de los arts. 76 y 111.1 LRCSCVM para dar un trato particularizado a la pérdida de feto de más de 32 semanas, período a partir del cual generalmente se estima que existe viabilidad, e incluir un tercer supuesto en la ley y en las tablas 1.B y 2.B con el importe de 45.000 euros.

8.1.21. Modificación del art. 83 LRCSCVM: Supresión de la expresión «natural» y «naturales»

- 8.24 Los arts. 83, 128.2 y 143.2 LRCSCVM, en materia de valoración del lucro cesante, se refieren al año anterior al accidente, y el primero de ellos, lo califica de «natural». Para armonizar la ley se propone eliminar la referencia de «natural» y «naturales» en dicho artículo.

8.1.22. Modificación del art. 87.2. b) LRCSCVM en relación con la cuota del cónyuge separado o excónyuge que tengan derecho a pensión.

- 8.25 En el cálculo de cuotas el art. 87.2.b) LRCSCVM incluye al cónyuge separado o al excónyuge en el cómputo de cuotas, lo que puede comportar para los demás miembros familiares un perjuicio desproporcionado en los casos en que existan exceso de cuota, en relación con la cuantía que ese cónyuge separado o excónyuge ha de percibir de acuerdo con el art. 92.2 LRCSCVM en concepto de pensión compensatoria. Por esta razón, recomienda suprimir la referencia al cónyuge separado y al excónyuge del art. 87.2.b) LRCSCVM y añadir un inciso en el que se manifieste que la indemnización de ese perjudicado será asumida por los demás perjudicados de forma proporcional a las cuantías que hayan de percibir por lucro cesante.

8.1.23. Estudio de la modificación del sistema de la variable relativa a la cuota del perjudicado establecido por el art. 87 LRCSCVM

- 8.26 La CS ha observado que se producen disfunciones en la aplicación de la variable relativa a la cuota del perjudicado establecida por el art. 87 LRCSCVM cuando, por excesos de cuota, se debe aplicar la reducción proporcional de las indemnizaciones, que en muchas ocasiones da el resultado paradójico de que a mayor número de perjudicados por lucro cesante el importe total de la indemnización es menor al que hubiera correspondido sin exceso de cuotas. Por esta razón, recomienda que se estudie el sistema de reparto por cuotas para hacer una propuesta que solucione tal disfunción.

8.1.24. Clarificación del carácter de no perjudicado del conductor responsable del accidente en caso de fallecimiento de la víctima

- 8.27 La CS recomienda modificar el art. 36.1.b) LRCSCVM para clarificar que el conductor responsable del accidente no es considerado perjudicado a los efectos del art. 62 en caso de fallecimiento de la víctima y

no debe ser tenido en cuenta para el cálculo de ningún perjuicio indemnizable, ni debe ser tenido en cuenta para el cálculo de cuotas del art. 87 LRCSCVM y concordantes.

8.1.25. *Modificación del art. 88.4 LRCSCVM relativo al cálculo de las indemnizaciones por lucro cesante por el fallecimiento de víctimas dedicadas a las tareas del hogar.*

- 8.28 El art. 88.4 LRCSCVM establece que el lucro cesante de las víctimas que no obtenían ingresos por dedicarse en exclusiva a las tareas del hogar se computara con las mismas tablas previstas para víctimas con ingresos, si bien incrementadas en un veinticinco por ciento. La CS considera que ese sistema perjudica a las víctimas y por ello propone que se elaboren unas tablas específicas simplificadas y que, de modo análogo a lo previsto en el art. 88. 3 LRCSCVM, se permita acreditar el lucro cesante concreto mediante informe actuarial.

8.1.26. *Corrección de la redacción de la fórmula contenida en el art. 98 LRCSCVM respecto al orden del cálculo de las secuelas concurrentes.*

- 8.29 El art. 98. 2 LRCSCVM establece que de ser las secuelas más de dos, para el uso de la fórmula que en ese precepto se establece (fórmula de Balthazard), se parte de la secuela de mayor de puntuación y las operaciones se realizan en orden inverso a su importancia. En el procedimiento de evaluación diversos expertos médicos han manifestado que la redacción del precepto conduce a la incorrecta aplicación de la fórmula, al hacerlo en sentido inverso al debido. Aun cuando en la práctica el efecto de esa confusión no es significativo, la CS considera necesario adaptar el criterio de aplicación por tratarse de una fórmula reconocida internacionalmente y recomienda que se modifique y se establezca una redacción parecida a la siguiente:
- 8.30 Artículo 98. Secuelas concurrentes.

- 8.31 1. En el caso de concurrencia de dos secuelas derivadas del mismo accidente, la puntuación final del perjuicio psicofísico es la resultante de aplicar la fórmula:
- 8.32 $(((100 - M) \times m) / 100) + M$
- 8.33 Donde «M» es la puntuación de la secuela mayor y «m» la puntuación de la secuela menor.
- 8.34 2. De ser las secuelas más de dos, para el uso de la expresada fórmula se parte de la secuela de mayor puntuación y las operaciones se realizan en orden decreciente de su importancia. Los cálculos sucesivos se realizan con la indicada fórmula, correspondiendo el término «M» a la puntuación resultante de la operación inmediatamente anterior y «m» a la secuela inmediatamente menor.

8.1.27. Grados de perjuicio estético del art. 102.2.a) LRCSCVM

- 8.35 La CS recomienda que en el art. 102.2.a) LRCSCVM se incluyan los ejemplos del estado vegetativo permanente y las tetraplejas más severas como grados de perjuicio «importantísimo».

8.1.28. Modificación de los puntos requeridos para dar lugar al perjuicio particular de daños morales complementarios por perjuicio estético.

- 8.36 Dado que el perjuicio estético muy importante se aplica a partir de 31 puntos y hasta 40 puntos, la CS recomienda que la puntuación del perjuicio particular de daños morales complementarios coincida con esa horquilla.

8.1.29. Grados del perjuicio moral por pérdida de calidad de vida (art. 108 LRCSCVM)

- 8.37 La CS recomienda que se establezca un sistema que evite el solapamiento de las cantidades en los diversos grados y que se estudie

si las cuantías que se establecen en la actualidad resarcen de modo adecuado y suficiente este tipo de perjuicio.

8.1.30. Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida y la limitación en caso de perjuicios leves.

- 8.38 La redacción actual del art. 108.5 LRCSCVM excluye la indemnización del perjuicio por pérdida de calidad de vida leve en caso de secuelas de menos de siete puntos. Si bien es cierto que en caso de una baja puntuación es poco probable que se produzca tal perjuicio y que sea difícilmente constatable, el número de puntos no debe conducir necesariamente a excluirlo de modo total, ya que el número de puntos, como perjuicio anatómico funcional o estético, se refiere a un aspecto perjudicial que no necesariamente tiene que coincidir con el perjuicio de actividad que es la pérdida de calidad de vida. Por esta razón, la CS recomienda que en caso de perjuicios inferiores a los siete puntos se presuma que no existe pérdida de calidad de vida, pero que se posibilite al perjudicado acreditar prueba en contrario.

8.1.31. Perjuicio sexual de cónyuge o pareja de hecho del lesionado.

- 8.39 La CS propone que se estudie la inclusión del perjuicio sexual del cónyuge o pareja estable como un perjuicio resarcible de modo análogo, aunque de menor entidad, a como establece el art. 110 LRCSCVM, que lo resarce a la propia víctima en los casos de pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados.

8.1.32. Corrección de errata del art. 113.1 LRCSCVM respecto a la remisión interna del artículo

- 8.40 La CS considera que existe una errata en el art. 113.1 LRCSCVM y donde dice «los apartados 2, 3 y 4 de este artículo» debe decir «los apartados 3, 4 y 5 de este artículo».

8.1.33. Inclusión en el art. 116.1 LRCSCVM de las amputaciones en la rehabilitación domiciliaria y ambulatoria siempre que médicamente se precise.

- 8.41 La CS considera que se debe incluir en el art. 116 LRCSCVM la referencia al resarcimiento de los gastos de rehabilitación domiciliaria y ambulatoria de las amputaciones previstas en el art. 113.3. d) LRCSCVM siempre que, a criterio médico, así se precise.

8.1.34. Modificación del art. 116.4 LRCSCVM, con añadido de la referencia a las tetraplejas por debajo de C4 y con supresión de la referencia de cantidad y remisión a la tabla correspondiente.

- 8.42 La CS recomienda la inclusión de la referencia a las «tetraplejas por debajo de C4», en el primer lugar de la segunda frase del apartado, de modo que diga: «Los casos en que coinciden tetraplejas por debajo de C4, tetraparesias graves, secuelas graves del lenguaje...» y la supresión de todas las referencias a cifras concretas que aparezcan en el apartado, con remisión a las cantidades que figuran en la tabla 2.C. También que en la tabla 2.C, en donde dice tetraplejas, se indique en su lugar «otras tetraplejas», para distinguirlas de las que son igual o por encima de C4 y, en donde se habla del «resto de supuestos del 116.4», se diga «resto de supuestos del art. 116».

8.1.35. Adición al art. 117 LRCSCVM relativo a las ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal de un nuevo apartado cuatro con la redacción que se indica

- 8.43 La CS considera que se debe utilizar el mismo método de cálculo ya previsto respecto a las prótesis y órtesis en el art. 115 LRCSCVM para indemnizar en forma de capital los casos de ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal, y que supone la incorporación al texto legal de lo que ya ha sugerido la GBP. Por esta razón, propone incluir un apartado 4 con la siguiente redacción:

- 8.44 «4. El importe de estos gastos se podrá indemnizar en forma de capital utilizándose el correspondiente factor actuarial de conversión establecido en la tabla técnica de coeficientes de capitalización de prótesis y órtesis (TT3) incluida en las bases técnicas actuariales a las que se refiere el art. 48».

8.1.36. Determinación del número de horas necesarias de ayuda de tercera persona del art. 123 LRCSCVM

- 8.45 La CS considera que se debería crear un apartado 4, con la expresión siguiente: «Si el resultado de las operaciones previstas en los puntos 2 y 3 de este artículo ofrece fracciones decimales, se redondea la fracción a la media hora más alta», dado que la utilización de cuartos de hora actual en la tabla 2.C.3 no se ajusta a la práctica de la ayuda requerida en situaciones de lesionados tan graves.

8.1.37. Incremento del porcentaje de perjuicio por lucro cesante en caso de incapacidad total previsto en el art. 129.b) LRCSCVM

- 8.46 El art. 129.b) LRCSCVM, relativo al multiplicando de ingresos por trabajo personal, establece el porcentaje de perjuicio del lucro cesante que sufre una víctima en el momento de producirse la incapacidad permanente total en su profesión habitual. La CS considera que ese porcentaje no es suficiente a partir de los 50 años y que, dependiendo de la edad del lesionado en el momento de la incapacidad, es necesario incrementar el porcentaje de pérdida económica, dado que las posibilidades de incorporación al mundo laboral con unos ingresos parecidos se van reduciendo progresivamente a partir de esa edad hasta hacerla muy improbable. Con los datos facilitados por TIREA y utilizando los promedios que se han mantenido y los datos del año 2016 (completamente maduro), esta modificación solo afectaría a 68 casos, que fueron las víctimas indemnizadas por incapacidad permanente total, y que están percibiendo unas cuantías ínfimas en relación al verdadero perjuicio patrimonial que sufren.

- 8.47 Con este propósito, propone que se estudie el sistema para llevar a cabo la modificación para que los importes que resultan del lucro cesante en la Tabla 2.C.5 no sean insuficientes y compensen las verdaderas pérdidas económicas que sufren las víctimas que no pueden continuar desempeñando su profesión habitual a consecuencia del accidente.

8.1.38. Necesidad de clarificación del concepto de lesionado «pendiente de acceder al mercado laboral menores de treinta años» del art. 130 LRCSCVM

- 8.48 El concepto de lesionado «pendiente de acceder al mercado laboral menores de treinta años» del art. 130 LRCSCVM ha generado dudas interpretativas. Por esa razón, la CS propone clarificar el concepto para excluir las actividades laborales de jóvenes estudiantes que llevan a cabo trabajos esporádicos, discontinuos o complementarios a sus estudios.

8.1.39. Necesidad de clarificar el art. 131.2 LRCSCVM relativo al multiplicando en caso de lesionados con dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar

- 8.49 La CS considera que en dicho artículo, para no dar un tratamiento discriminatorio a los lesionados con dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar, debe realizarse el cálculo de la indemnización por lucro cesante por secuelas de acuerdo con el criterio general y, por ello, debe añadirse la referencia del porcentaje que corresponde a partir de los cincuenta y cinco años, indicando que: «En los supuestos de incapacidad total se computa como ingreso dejado de obtener el cincuenta y cinco por ciento de la cantidad señalada en el apartado anterior, hasta los cincuenta y cinco años, **y del setenta y cinco por ciento, a partir de esta edad.....**».

8.1.40. *Modificación del art. 132.5 LRCSCVM relativo al cálculo de las indemnizaciones por lucro cesante por secuelas de lesionados dedicados a las tareas del hogar.*

- 8.50 El art. 132.5 LRCSCVM establece que el lucro cesante de los lesionados que no obtenían ingresos por dedicarse en exclusiva a las tareas del hogar se computara con las mismas tablas previstas para víctimas con ingresos, si bien incrementadas en un veinticinco por ciento. La CS considera que ese sistema perjudica a las víctimas y por ello propone que se elaboren unas tablas específicas simplificadas para los casos de incapacidad absoluta y total y que, de modo análogo a lo previsto en el art. 88.3 LRCSCVM, y a los que se propone respecto al art. 88.4 LRCSCVM se permita acreditar el lucro cesante concreto mediante informe actuarial.

8.1.41. *Adición de un nuevo apartado del art. 141 LRCSCVM, en materia de gastos de asistencia sanitaria.*

- 8.51 La CS recomienda añadir un apartado tercero al art. 141 LRCSCVM (que desplazaría el apartado tercero actual a cuarto) en el que se indique lo previsto en la GBP respecto a la necesidad de que las entidades garanticen la libre elección de centro por parte del lesionado y le reembolsen las cantidades que haya pagado, siempre que no exista convenio sanitario entre la entidad aseguradora y el centro sanitario y que las cantidades pagadas estén debidamente justificadas y sean médicamente razonables en atención a la lesión sufrida y a sus circunstancias. Deberá también indicarse que en estos casos se aplicarán los criterios de responsabilidad, por lo que podrá reducirse o excluirse el pago en casos de concurrencia o culpa exclusiva de la víctima en caso de que existan.

8.1.42. Propuesta de supresión de las limitaciones relativas a la indemnización del lucro cesante en lesiones temporales en los casos de dedicación a las tareas del hogar, a fin de evitar una posible discriminación indirecta por razón de sexo

- 8.52 La sentencia del Tribunal Constitucional de 3 de julio de 2019, resolviendo una cuestión interna de constitucionalidad planteada por la Sala Segunda del mismo TC, ha declarado la nulidad del actual sistema para el cálculo de las pensiones de jubilación de los trabajadores con contrato a tiempo parcial. El TC ha considerado que ese sistema constituía una vulneración del principio de igualdad y suponía una discriminación indirecta contra las mujeres, que son quienes de forma muy mayoritaria trabajan a tiempo parcial.
- 8.53 La STC, que en gran medida se basa en la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) de 8 de mayo de 2019, precisa que aunque la demanda y posterior recurso fue presentada por un trabajador masculino, la regulación cuestionada es discriminatoria por cuanto los datos estadísticos ponen de manifiesto que son las mujeres quienes salen especialmente perjudicadas por la regulación vigente: según el INE, durante el segundo trimestre de 2018 el 75,93% del trabajo a tiempo parcial era realizado por mujeres. Con ello el Alto Tribunal profundiza en su doctrina sobre la llamada «discriminación indirecta», mantenida ya en anteriores resoluciones, para referirse a aquellas medidas que, aunque formuladas de manera neutra, perjudican a un porcentaje muy superior de mujeres que de hombres (SSTC 22/1994, de 27 de enero, FJ 4; 240/1999, de 20 de diciembre, FJ 6; y 253/2004, FJ 7).
- 8.54 A fin de evitar que la regulación que lleva a cabo la Ley 35/2015 en materia de trabajo doméstico pueda adolecer del vicio de inconstitucionalidad por vulneración del art. 14 CE por discriminación indirecta por razón de sexo, la CS recomienda que se lleven a cabo las modificaciones siguientes en materia de lucro cesante en lesiones temporales:
- 8.55 (1) Indicar que también procede la indemnización del lucro cesante en caso de dedicación parcial a las tareas del hogar (art. 143.1

LRCSVM), algo que ya propuso como buena práctica la GBP en sus puntos 2:4:1-3 y 2:4:1-4.

- 8.56 (2) En los casos de dedicación exclusiva a las tareas del hogar, suprimir el límite del mes de indemnización del lucro cesante en caso de curación sin secuelas o con secuelas iguales o inferiores a tres puntos (art. 143.4 LRCSVM).

8.1.43. Adición de un nuevo inciso en el art. 134.1 LRCSVM, que define las lesiones temporales, para incluir la valoración como lesiones temporales de los «síntomas persistentes temporales» que actualmente figuran como una nota en la tabla 2.A.1 con el nombre de «secuelas temporales»

- 8.57 La CS considera que debería añadirse un nuevo inciso en el art. 134.1 LRCSVM y llevar la nota (2) de la tabla 2.A.1 (pág. 84893 BOE) de las denominadas secuelas temporales para su aplicación en aquellos supuestos donde se considere que la secuela no será permanente y que puede desaparecer en un tiempo razonable, pues la citada nota 2 al encontrarse en el Anexo y, por tanto, fuera del texto articulado, carece de valor normativo y por ello resulta necesario incorporar esa nota 2 del texto articulado.

8.1.44. Propuesta de revisión de algunos aspectos del baremo médico

- 8.58 A) Revisión de la valoración de la tabla 2.A.1, relativa al apartado «Valoración de las secuelas del Capítulo I – Sistema Nervioso».
- 8.59 La CS considera que es necesario un estudio médico independiente de las secuelas siguientes de la tabla 2. A.1. A) NEUROLOGÍA 3.- TRASTORNOS COGNITIVOS Y DAÑO NEUROPSICOLÓGICO B) PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA: 1.- Trastornos neuróticos. 2.- Trastornos permanentes del humor. 3.- Agravaciones.
- 8.60 B) Revisión del número máximo de horas de necesidad ayuda de tercera persona.

- 8.61 Revisión de la tabla 2.C.2 de horas diarias de ayuda a tercera persona según secuela del art. 123 LRCSCVM para analizar la posibilidad de que alguna de las secuelas reflejada en dicha tabla requiera un incremento de horas de ayuda que, en algunos supuestos de extrema gravedad, pudiera llegar a las 24 horas. También debería revisarse la tabla 2.C.3 para el cálculo de indemnizaciones de ayuda de tercera persona, con el correspondiente incremento, en su caso, hasta las 24 horas.

8.1.45. Cálculo de los coeficientes actuariales de conversión de la renta vitalicia conforme a la tabla técnica TT1

- 8.62 La CS considera apropiado que la tabla técnica TT1 continúe con la referencia a la hipótesis actuarial del crecimiento geométrico de la renta conforme al IPC establecida en la base técnica actuarial, que es congruente con la recomendación relativa al art. 42 LRCSCVM.

8.1.46. Tabla Técnica de coeficientes de capitalización de prótesis y órtesis (TT3)

- 8.63 Debe modificarse, en primer lugar, el título de la primera tabla técnica TT3 para indicar que se aplica no solo a las prótesis y ortésis, en concordancia la modificación sugerida en materia de utilización de la tabla para capitalización actuarial de las indemnizaciones de ayudas técnicas y productos de apoyo para la autonomía personal, lo que solo procede en los casos de pérdida de autonomía muy grave o grave.
- 8.64 También debe modificarse el título de la segunda tabla TT3, titulada actualmente «Pérdida de autonomía moderada», que debe pasar a denominarse «Pérdida de calidad de vida moderada o leve», debido a que no pueden excluirse en esa tabla las prótesis y órtesis a víctimas que sufren una pérdida de calidad de vida leve, sin que por ello se vea afectado su cálculo actuarial, puesto que es idéntico. La razón se halla en que el art. 115 LRCSCVM no establece dicha limitación, que resulta contraria a la norma legal, y teniendo en cuenta, además, que en las tablas TT1 y TT2 sí existe un cálculo actuarial específico para secuelas que no den lugar a ninguna pérdida de calidad de vida.

- 8.65 Igualmente, con carácter general, se recomienda que los coeficientes actuariales, que actualmente se reflejan plurianualmente en la tabla técnica TT3, se calculen anualmente.

8.1.47. Recomendaciones respecto a la modificación de las bases técnicas actuariales, prevista en el art. 48 LRCSCVM

- 8.66 La CS recomienda que la modificación de las bases técnicas actuariales, prevista en el art. 48 LRCSCVM, utilice las siguientes hipótesis actuariales:
- 8.67 1) **Hipótesis definidas en valores absolutos:** Todas aquellas hipótesis de las bases técnicas actuariales (BTA) referidas a valores absolutos deberán ser actualizadas al dato más reciente.
- 8.68 2) **Dependencia y autonomía personal:** Se recomienda la adaptación de la BTA en este punto de forma que disminuya el minuendo de las ecuaciones de cálculo conforme a la normativa vigente y a los datos más actualizados. Del análisis del RD Ley 20/2012 de 30 de julio de medidas de racionalización del sistema de Dependencia y del Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se considera que el modelo de prestaciones económicas que más se adapta a la realidad de la dependencia a nivel nacional es el siguiente:
- 8.69 La indemnización de ayuda de tercera persona en su Grado I se sitúa conceptualmente más cercana a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Esta prestación, de carácter excepcional, tiene como finalidad contribuir a los gastos derivados de la atención a la persona en situación de dependencia en su domicilio. De esta forma, para lesionados que precisan «Hasta 2 horas de ayuda de tercera persona», se opta por la cuantía del Grado I (Dependencia moderada) de prestación económica para cuidados en el entorno familiar, que tiene una prestación económica de 153,00 euros.

- 8.70 Para lesionados que precisan «Desde 2 horas hasta 6 horas de ayuda de tercera persona», se considera la cuantía del Grado III (Gran Dependencia) de prestación económica para cuidados en el entorno familiar, que tiene una prestación económica de 387,64 euros.
- 8.71 Para lesionados que precisan «Más de 6 horas de ayuda de tercera persona», se considera apropiada establecer el importe medio entre el importe de prestación económica de asistencia personal y el importe de cuidados en el entorno familiar, es decir, tomar como prestación pública a efectos del modelo actuarial la cantidad de 551,36 euros con el objeto de evitar que se produzcan situaciones de sobrevaloración.
- 8.72 En concreto: (1) En los casos de necesidad de ayuda de tercera persona de hasta dos horas, pasar de 300 euros mensuales, en concepto de prestación económica para cuidados en el entorno familiar, a 153 euros; (2) En los casos de más de dos horas hasta las seis horas, pasar de los 625,47 euros mensuales, a los 387,64 euros; (3) En los casos de más de seis horas, pasar de los 625,47 euros mensuales a los 551,36 euros.
- 8.73 3) **Hipótesis económico-financieras:** Se recomienda que, dadas las características de proyecciones a largo plazo de las BTA, se considere que: (i) el diferencial entre el tipo de interés técnico y la tasa de inflación se reduzca en un punto porcentual y pase a ser, en consecuencia, un diferencial de medio punto porcentual y (ii) el diferencial de la tasa de inflación y la tasa de crecimiento de los ingresos netos se mantenga en el medio punto porcentual establecido.
- 8.74 4) **Hipótesis sobre las pensiones:** Se recomienda que, dadas las características de proyecciones a largo plazo de las BTA, se considere que se mantengan las siguientes hipótesis: (i) la de jubilación a los 67, (ii) la de la tasa de crecimiento de las pensiones. Asimismo, se considera que la tasa de crecimiento de las Bases de Cotización sea igual a la tasa de crecimiento de los ingresos netos. En relación al porcentaje de reversibilidad de las pensiones de viudedad, se recomienda que, en términos de proyección a largo plazo, se aumente su porcentaje del 52% actual al 56%.

- 8.75 El porcentaje del 56% de la base reguladora se basa en el Real Decreto 900/2018, de 20 de julio, de desarrollo de la disposición adicional trigésima de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, en materia de pensión de viudedad. Aunque los beneficiarios de este RD son los beneficiarios de la pensión de viudedad mayores de 65 años, se considera aplicar el 56% por la elevada edad de los cónyuges de las víctimas fallecidas con una edad media de 59 años (datos de siniestros ocurridos en 2016) con una duración del matrimonio superior a 15 años en el 80% de los casos, lo que supone que estos perjudicados, se beneficiarían de las mejoras establecidas por este RD en las proyecciones de sus rentas de pensión. Se toma el 56% y no el 60% que se establece a partir del 1 de enero de 2019 para evitar un exceso de compensación.
- 8.76 5) **Longevidad:** Los estudios indican que los factores de mejora y demás componentes que contienen las tablas PEB2014 y PEIB2014 continúan estando totalmente actualizados por lo que se recomienda que se mantengan las hipótesis de longevidad.
- 8.77 6) **Análisis de impacto social y sectorial:** Se recomienda que, una vez fijadas las modificaciones de las hipótesis BTA, se lleve a cabo un análisis de impacto económico.
- 8.78 De todo lo anterior, las hipótesis actuariales se concretan en la tabla siguiente:

Hipótesis	Tablas de longevidad	Tipo de interés técnico	Edad jubilación	Tasa de crecimiento de las bases de cotización	Tasa de crecimiento de las pensiones	Tasa de inflación	Tasa de crecimiento de los ingresos netos
Ley 35/2015	PEB-2014 PEIB-2014	3,5%	67	1,5%	0,5%	2%	1,5%
Recomendación	PEB-2014 PEIB-2014	2,5%	67	1,5%	0,5%	2%	1,5%

8.1.48. Criterios de proyección actuarial

- 8.79 Se recomienda que el criterio de edad de entrada se sustituya por el de edad proyectada en las proyecciones de lucro cesante de incapacidad permanente total de la tabla 2.C.5 en relación con el art. 129.b) LRCSCVM.
- 8.80 Se recomienda que el criterio de edad de entrada se sustituya también por el de edad proyectada en las proyecciones de los factores de incremento de horas de ayuda de tercera persona de la tabla 2.C.3 en relación con el art. 124.2 LRCSCVM.

8.1.49. Pensiones netas.

- 8.81 Se recomienda explicitar en las BTA que, como consecuencia del concepto de ingreso neto, las pensiones también son netas, al ser estas últimas función del cálculo del ingreso neto.

8.1.50. Indemnización mínima por lucro cesante

- 8.82 Se recomienda explicitar en las BTA que en todo caso la indemnización mínima por lucro cesante será de 3.000 euros.

8.2 RECOMENDACIONES PARTICULARES**8.2.1. Propuesta para que se promueva la modificación del art. 764.3 LECrim**

- 8.83 **Recomendación particular que formulan los representantes de UNESPA y el CCS y a la que se adhieren los representantes de AAVV y de los abogados.**
- 8.84 El art. 764.3 LECrim establece que:
- 8.85 «En los supuestos en que las responsabilidades civiles estén total o parcialmente cubiertas por un seguro obligatorio de responsabilidad civil, se requerirá a la entidad aseguradora o al CCS, en su caso, para que, hasta

el límite del seguro obligatorio, afiance aquellas. Si la fianza exigida fuera superior al expresado límite, el responsable directo o subsidiario vendrá obligado a prestar fianza o aval por la diferencia, procediéndose en otro caso al embargo de sus bienes».

8.86 En su segundo apartado añade que:

8.87 «La entidad responsable del seguro obligatorio *no podrá* (énfasis añadido), en tal concepto, ser parte del proceso, sin perjuicio de su derecho de defensa en relación con la obligación de afianzar, a cuyo efecto se le admitirá el escrito que presentare, resolviéndose sobre su pretensión en la pieza correspondiente».

8.88 Se recomienda que se promueva por parte del Gobierno la modificación legislativa del art. 764.3 LECrim, de tal modo que la entidad aseguradora de seguro obligatorio o, en su caso, el CCS, puedan ser parte en esos procedimientos y así poder defender su responsabilidad civil en los procedimientos penales derivados de accidentes de circulación.

8.2.2. Los topes o límites al daño emergente en los arts. 115 a 119 LRCSCVM

8.89 Recomendación particular que formulan el presidente del Grupo de Trabajo de Evaluación Ex Post y a la que se adhieren los representantes de AAVV y de los abogados.

8.90 Consideramos que los arts. 115 a 119 LRCSCVM, al establecer topes o límites al daño emergente (gastos) que los lesionados puedan acreditar en el caso de secuelas, vulnera el principio de reparación íntegra del art. 33.2 LRCSCVM que declara que dicho principio «tiene por finalidad asegurar la total indemnidad de los daños y perjuicios padecidos».

8.91 Entendemos que la antinomia no puede superarse con la constatación de que tales cuantías pueden ser suficientes en la mayoría de los casos, ni con un aumento de los topes establecidos que pueda reducir

los eventuales casos de insuficiencia. Entendemos que para que desaparezca tal antinomia deben eliminarse tales límites o, como mínimo, declararse que tienen un carácter meramente orientativo y que se podrán superar cuando los lesionados demuestren cumplidamente que son insuficientes para reparar los perjuicios patrimoniales que sufren en el caso concreto.

8.2.3. Adición de un art. 145 LRCSCVM relativo a la introducción del perjuicio excepcional en lesiones temporales

8.92 Recomendación que formulan los representantes de AAVV y a la que se adhieren el representante de los abogados y el presidente del Grupo de Trabajo de Evaluación Ex Post.

8.93 Consideramos que debe existir este nuevo artículo referido al resarcimiento de los perjuicios excepcionales en lesiones temporales, pues de la misma forma que existe un perjuicio excepcional en los supuestos de muerte y de secuelas, debería existir también en lesiones temporales. Existe una falta de simetría en los perjuicios resarcibles que debe completarse con la admisión de este tipo de perjuicios durante el periodo de la lesión temporal.

8.2.4. Los límites al daño patrimonial en el sistema de valoración

8.94 Recomendación que formulan los representantes de UNESPA y del CCS

8.95 El sistema de valoración establece el principio de objetivación de la valoración que consiste en indemnizar conforme a las reglas y límites establecidos en el sistema. De esta forma, el art. 33.5 LRCSCVM permite la existencia de límites de indemnización en los perjuicios patrimoniales. Tal y como se establece en la STC 181/2000, los límites para estos daños son constitucionales sin perjuicio de que las indemnizaciones deban ser suficientes.

8.96 Las cuantías de las indemnizaciones previstas en los arts. 115 a 119 con sus límites han sido hasta el momento suficientes para reparar los

daños patrimoniales sufridos por los lesionados, sin perjuicio de que se realice el estudio correspondiente para evaluar la oportunidad de elevar alguno de ellos si fuera preciso para mantener su suficiencia actual.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE JUSTICIA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ASUNTOS ECONÓMICOS
Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL