

La Responsabilidad Civil del Automóvil y el Daño Corporal.

La Gestión de Siniestros.
Adaptación a los cambios legislativos y propuestas
de futuro.

Estudio realizado por: José M^a Galcerá Gombau
Tutor: Josep Vilà Tortosa

Tesis del Master en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras

Curso 2003/2004

Barcelona, 16 de Septiembre de 2004

Esta tesis es propiedad del autor.

No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente.

Presentación

Este trabajo tiene por objeto presentar la situación actual del Daño Corporal por Responsabilidad en el campo del Seguro del Automóvil, y los cambios operados a raíz del Baremo de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (Disposición Adicional Octava de Ley 30/95 de 6 de Noviembre), y a partir de dicha situación plantear propuestas de reformas legislativas, que armonicen el derecho regulador de la materia, lo que aportaría mayor seguridad jurídica tanto a las Entidades como a los perjudicados, y por tanto mayor estabilidad en este ramo tan sensible a los cambios.

El presente estudio es el fruto tanto del análisis de la legislación estatal que regula la Responsabilidad Civil del Automóvil, como de la jurisprudencia menor (Audiencias Provinciales) más relevante, contrastadas con su aplicación práctica en mi actividad en el sector asegurador y que ahora tengo la ocasión de plasmar en la tesis del Master tan brillantemente dirigido por el Profesor José Luis Pérez Torres.

Recordatorios y agradecimientos:

En primer lugar, el recuerdo permanente a Ramón Forrellad Ferrer quien fue Decano del Il. Colegio de Abogados de Sant Feliu de Llobregat y a Eduardo Font Serra (Abogado, Catedrático y Director del Centro de Estudios de la Administración de Justicia – Ministerio de Justicia-), quienes me enseñaron a aplicar el derecho bajo las reglas de la buena fe y el juego limpio ⁽¹⁾

Son tantos los agradecimientos debidos, que aunque estoy seguro que me dejaré a alguien, no deja de ser un placer el poder agradecer a tantos (familia, compañeros y amigos), los apoyos que he recibido tanto durante el proceso actual, como en todas mis etapas formativas y profesionales.

A la Universidad y los profesores, en particular las Dras. Montserrat Guillén y Mercedes Ayuso, por su ayuda.

A los compañeros de Seguros Catalana Occidente S.A, por su paciencia y ánimo constante, y a la Entidad por haber confiado en mí.

A Esperanza Medrano, responsable de la asesoría jurídica de Unespa, con quien tantas inquietudes compartimos en el derecho de daños.

A mi tutor, Josep Vilà Tortosa por su magnífica dirección y consejos.

Y especialmente a mi esposa Carmen y a mi hija Mariona, quienes son el soporte de una vida plena cada día.

A mis padres.

(1) *Fides bona contraria est fraudi et dolo* (la buena fe es incompatible con el fraude y el dolo).

La buena fe es un concepto objetivo, de comportamiento honrado, justo, leal, supone una exigencia de comportamiento coherente y de protección de la confianza ajena, de cumplimiento de las reglas de conducta significadas por las reglas de honradez, corrección, lealtad y fidelidad a la palabra dada y a la conducta seguida.

Resumen

El seguro del automóvil cifra un volumen de negocio ⁽²⁾ de 9.980 MM €, que proviene de 23,8 MM de vehículos asegurados, a través de un sistema de seguro de suscripción obligatoria y de responsabilidad por riesgo (1,3 MM sin asegurar), y que indemniza las consecuencias dañosas de 98.433 accidentes con daño corporal resultando 152.264 víctimas de las cuales 5.347 son mortales.

El mecanismo de redistribución – función finalista-, en que consiste un seguro de carácter obligatorio, debe estar acompañado de un sistema que armonice la objetivación del daño con la responsabilidad del automóvil que se ha objetivado respecto a los daños corporales. La inclusión del Baremo a través de la Ley 30/95, responde a esa necesidad.

En el Capítulo Tercero se acomete la formulación de propuestas de reformas necesarias en la regulación del derecho de daños (referido al daño corporal) dimanante de responsabilidad del automóvil, de forma que permita el logro de varios objetivos:

- Mayor seguridad jurídica.
- Buena fe y juego limpio en el ejercicio de los derechos de las víctimas.
- Seguridad técnica para las aseguradoras.
- Estabilidad de las primas en el ramo del Automóvil.
- Ahorro de costes de gestión y de costes de oportunidad.
- Mayor velocidad en la materialización de las indemnizaciones.
- Menor litigiosidad.

Sin que ello menoscabe o mengue las indemnizaciones que corresponden a las víctimas, quienes verían más diáfanos los caminos para conseguir sus indemnizaciones, sin tener que a su vez soportar innecesarios gastos para alcanzarlos, ni dilaciones indebidas e inexplicables.

Resum

(2) Datos a Diciembre 2002. Fuentes: Icea, Unespa, Dirección General de Tráfico y Ministerio de Fomento. El seguro de automóviles alcanzó una cifra de negocio de 10.646 MM de Euros en 2003, con un incremento del 6,7% respecto año anterior (Fuente Icea) BDS 16-4-2004

EVOLUCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD EN EL SEGURO DE AUTOS. Fuente ICEA

% sobre primas imputadas	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	90,05	93,22	88,00	81,74	75,61	77,19

L'assegurança de l'automòbil xifra un volum de negoci de 9.980 MM €, que prové de 23,8 MM de vehicles assegurats, a través d'un sistema d'assegurança de subscripció obligatoria i de responsabilitat per risc (1,3 MM sense assegurar), i que indemnitza les conseqüències danyoses de 98.433 accidents amb dany corporal resultant 152.264 víctimes de les quals 5.347 són mortals.

El mecanisme de redistribució – funció finalista -, en què consisteix una assegurança de caràcter obligatori, ha d'anar acompanyar d'un sistema que armonitzi l'objectivació del dany amb la responsabilitat de l'automòbil que s'ha objectivat respecte als danys corporals. La inclusió del Barem a través de la Llei 30/95, respon a aquesta necessitat.

En el Capítol Tercer s'escomet la formulació de propostes de reformes necessàries en la regulació del dret de danys (referit al dany corporal) derivats de responsabilitat de l'automòbil, de manera que permeti l'assoliment de varis objectius:

- Major seguretat jurídica.
- Bona fe i joc net en l'exercici dels drets de les víctimes.
- Seguretat tècnica per a les asseguradores.
- Estabilitat de les primes en el ram de l'Automòbil.
- Estalvi de costos de gestió i de costos d'oportunitat.
- Major velocitat en la materialització de les indemnitzacions.
- Menor litigiositat.

Sense que això faci minvar les indemnitzacions que corresponen a les víctimes, les quals veurien més diàfans els camins per aconseguir les seves indemnitzacions, sense haver de suportar despeses innecessàries per assolir-les, ni dilacions indegudes i inexplicables.

Summary

Car insurance stands a volume of business at 9.980 MM € which come from 28.8 MM € of insured cars, through a system of compulsory underwriting and of responsibility for risk (1,3 MM without insurance), and indemnify the harmful consequences of 98.433 accidents with physical harm proving 152.264 casualties, 5.347 of which were fatal.

The redistribution mechanism – finalist function – in which a compulsory insurance consists of, must be accompanied by a system which matches the objectification of harm with the responsibility of the car which has already been objectified in respect to the physical harm. The inclusion of the criterion through the General Rule 30/95 answers to this necessity.

In the Third Chapter we undertake the formulation of proposals of reforms necessary in the regulation of the rights of harm (referred to physical harm) which arises out of the responsibility of the vehicle, in a way that allows the accomplishment of various goals:

- More legal security.
- Good faith and fair play in the exercise of the victims rights.
- Technical security for the insurance companies.
- Stability of the premium in the area of automobile.
- Savings in the costs of management and costs of opportunity.
- More speed in the materialization of compensations.
- Less litigation.

Without it diminishing the compensations which belong to the victims, who would see more clearly the paths to get their compensations, without having to withstand unnecessary expenses to get them, nor improper and unexplainable delays.

Índice:

Capítulo 1. El Daño Corporal y el Baremo	1
1.1 Necesidad de una baremización del daño corporal.....	1
1.2 Los efectos de la Ley del Baremo en la gestión de siniestros con daño corporal	3
1.2.1 Actualizaciones del Baremo.....	9
1.2.2 La modificación de la Tabla VI, Ley 34/2003	13
1.2.3 El Reglamento (Real Decreto 7-2001).....	15
1.3 Evolución del Seguro Obligatorio.....	17
1.4 Mejoras operadas en el sistema indemnizatorio	19
Capítulo 2. Consecuencias operativas y estructurales	21
2.1 Escenarios estadísticos del daño corporal.....	21
2.2 Organización de la gestión.....	31
2.2.1 Un modelo de gestión	33
2.2.2 Estructura organizativa de un Centro Operativo.....	37
2.2.3 Aspectos claves	41
2.2.4 Cuadro de Mando	45
2.3 La Gestión Judicial.....	49
2.4 El Fraude.....	57
2.5 La acción directa y el Derecho de Repetición.....	63
Capítulo 3. Propuestas de Reformas Legislativas	71
3.1 La necesidad del peritaje médico.....	71
3.2 Regulación del Interés de demora.....	77
3.3 Diez razones para la derogación del Título Ejecutivo.....	89
3.4 Deuda dineraria o deuda de valor	93
3.5 El impago de la prima.....	95
3.6 Hacia una regulación baremada del daño corporal en todos los ámbitos de la responsabilidad	101
3.7 Un apunte sobre el baremo europeo	107
Capítulo 4. Conclusiones	111

Bibliografía	113
Anexo. Glosario	115
Currículum	125

La Responsabilidad Civil del Automóvil y el Daño Corporal.

La Gestión de Siniestros.

Adaptación a los cambios legislativos y propuestas
de futuro.

Capítulo Primero.

El daño corporal y el Baremo

1.1 Necesidad de una baremización del daño corporal.

Cuando los daños que puede causar cualquier actividad humana y su previsibilidad son limitados, el régimen tradicional de responsabilidad se sustenta en la conducta culpable del agente causante del daño, por cuanto responde de sus actos en la medida que puede controlar los riesgos que su actividad genera.

Y este régimen de la llamada responsabilidad aquiliana es el que se venía aplicando en nuestro sistema.

Pero a partir de la revolución industrial, hemos evolucionado hacia una sociedad que soporta un gran número de riesgos generadores potenciales de daños inevitables y masivos, como el riesgo de la circulación, que ha pasado formar parte “per se” de nuestra cotidianeidad , de tal forma que hemos “convenido” que dicho riesgo ya es inherente a nuestra propia estructura social.

En este contexto de asunción social del riesgo, esto es , el riesgo de la circulación se ha socializado, la reparación del daño derivado de la realización de este riesgo, adquiere una nueva dimensión y función reparadora, que ya no puede sustentarse exclusivamente en la conducta culposa del actor.

El derecho a la indemnización que se sustentaba en el juicio de culpabilidad sobre el hecho causante, se desplaza al hecho dañoso en si mismo y el elemento culpabilístico deja de ser la clave del sistema. Al considerarse el propio daño como elemento fáctico del derecho a ser indemnizado, se objetiva la responsabilidad.

El principio tradicional de *ninguna responsabilidad sin culpa*, y del aseguramiento de la responsabilidad, se ha trasladado al de *cualquier responsabilidad por el riesgo creado* y a la responsabilidad por aseguramiento, suscitándose la cuestión si ante dicha objetivación, pueden plantearse limitaciones cuantitativas a la responsabilidad civil, y por tanto al daño indemnizable, y que al mismo tiempo fuera armonizable con los criterios y arbitrio judiciales.

Una reforma del régimen de responsabilidad civil y su aseguramiento, conllevaba la necesidad de disponer de un método para la evaluación del daño corporal, que eliminara factores de especulación e inseguridad jurídica, tanto en su aspecto estático como en su dimensión dinámica, por lo que se hacía necesario un sistema de valoración del daño corporal, como presupuesto del aseguramiento obligatorio de una responsabilidad nacida *por el riesgo creado*. Es decir, pasar de un sistema basado en criterios subjetivos de valoración, a otro totalmente objetivo en relación a las causas y factores comentados.

Estos factores, así como los muy variados criterios judiciales que se producían en las indemnizaciones (se llegó a hablar de que era casi una lotería judicial en función del lugar o punto kilométrico donde ocurriera el accidente), producía fuertes incrementos de primas y una inestabilidad de reservas difíciles de administrar por el sector asegurador, con riesgos de infradotación, inseguridad técnica e incluso de quiebra. Tampoco la víctima disponía de unas referencias para valorar y/o aceptar en su caso la cuantía ofrecida por la aseguradora.

Todo ello, además no hacía sino incrementar la litigiosidad y el colapso administrativo en los Juzgados.

En resumen, el sistema anterior nos presentaba una desolador escenario que resumimos en los siguientes déficits:

- Desigualdades en las cuantías de las indemnizaciones ante situaciones semejantes.
- Lentitud y atasco en los juzgados.
- Diversidad de criterios judiciales
- Falta de homogeneidad en los principios de valoración.
- Inseguridad técnica para las aseguradoras a la hora del cálculo de provisiones, así como de las tarifas de primas.
- Fuertes incrementos anuales en las primas medias.

En esta situación, en la que convergía la necesidad y la oportunidad aparece el primer baremo (Orden Ministerial de 5 de Marzo de 1991), y aunque se trataba de un baremo no vinculante, sino orientativo, sirvió como referencia tanto para incrementar el número de transacciones, como para ir atemperando la alta litigiosidad que se estaba produciendo, respondiendo con ello al *desideratum* del legislador ⁽³⁾

Tras un periodo de rodaje ⁽⁴⁾, este sistema orientativo pasó a tener carácter de Baremo vinculante, a partir del 8 de Noviembre de 1995, a través de la Ley

⁽³⁾ OOMM 5 de Marzo 1991. Exposición de motivos:

“...sirve de marco e impulso a la utilización de acuerdos transaccionales, convirtiendo a éstos en medio prioritario y esencial para la liquidación de los siniestros.
Como consecuencia de lo anterior, agiliza al máximo los pagos por siniestros de esta índole...al no tener que esperar el pronunciamiento de los órganos judiciales.

⁽⁴⁾ *Los baremos deben tener en un primer momento un carácter orientativo...para después poder alcanzar el carácter de obligatorios.* RUIZ VADILLO, Enrique.

30/95, constituyendo así un sistema legal de tasación del daño corporal derivado del hecho de la circulación.

1.2 Los efectos de la Ley del Baremo en la gestión de siniestros con daño corporal.

El primer efecto y consecuencia que tuvo la incorporación de un sistema de tasación legal del daño corporal, con un baremo de obligada aplicación y un régimen de responsabilidad quasi objetiva, fue el de un cambio absoluto en la manera de enfocar y gestionar las cosas para todos los implicados (aseguradoras, perjudicados y sobre todo para los juzgados y tribunales) ya que supuso un cambio radical en la forma de pensar y hacer, ante el que las inercias y vicios adquiridos durante años mostraron (y aún las hay) ciertas reticencias, a pesar de la mejora que significó.

La Ley 30/95 , en vigor desde el 10 de Noviembre de 1995, introdujo modificaciones en la Ley de Uso y Circulación de vehículos a Motor, entre ellas, el cambio de denominación, pasando a denominarse **Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor.**

Las Principales modificaciones en el ámbito que nos ocupa, se introdujeron a través de la Disposición Adicional Octava:

1- Asunción del principio de Responsabilidad por Riesgo, o responsabilidad objetiva.

2-El Asegurador sólo queda totalmente exonerado si demuestra la culpa exclusiva del perjudicado o la fuerza mayor.

3-Consagra el principio de CULPAS COMPARTIDAS para la moderación o minoración de la indemnización.

4-Incorpora, en su anexo, un BAREMO DE VINCULACIÓN OBLIGATORIA PARA TODOS LOS JUECES Y TRIBUNALES ⁽⁵⁾

El BAREMO establece unas indemnizaciones básicas tanto en casos de muerte, como de secuelas y de días de baja, sobre las que se podrán aplicar factores de corrección en porcentajes o en valores absolutos, en función de determinados perjuicios, tales como convivencia con la víctima, hijo único, muerte de los dos progenitores, perjuicio económico basado en los ingresos netos de la víctima, incapacidades permanentes, necesidad de ayuda de terceras personas... Etc.

Se contemplan también factores de corrección de doble vía, esto es de aumento y de disminución de las indemnizaciones por secuelas:

⁽⁵⁾ Tal como posteriormente confirmó la fundamental Sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional , de fecha 29-6-2000 y las que subsiguieron, de modo que al presente podemos hablar de una doctrina constitucional consolidada.

Además de la concurrencia de culpas, es elemento de disminución sin límite fijado la subsistencia de incapacidades preexistentes o ajenas al accidente que hayan influido en el resultado lesivo final. Y es elemento de aumento sin límite fijado, la producción de invalideces concurrentes, y en su caso, la subsistencia de incapacidades preexistentes.

5-La única persona excluida de la cobertura del seguro obligatorio es el conductor del vehículo asegurado. (Art. 5) ⁽⁶⁾

6-La única causa de exclusión es cuando se trate de "robo del vehículo", esto es, con violencia o intimidación a las personas o fuerza en las cosas. (Art. 5)

7-Imposibilidad de exclusión (ni siquiera contractual) por ninguna otra causa.

En particular, el asegurador no podrá oponer⁽⁷⁾

- La conducción sin permiso de conducir
- Incumplimiento de obligaciones legales o técnicas relativas a la seguridad del vehículos
- O fuera de los casos de robo, los supuestos de utilización ilegítima de vehículos de motor ajenos. sea carencia de permiso de conducir.... utilización ilegítima.... conductor no autorizado... etc... (Art. 5),

Todo ello sin perjuicio de la facultad de repetición (Art. 7)

8-Regulación específica del régimen de mora del asegurador (Disposición adicional), respecto al art. 20 de la L C S (que regula en general la mora del asegurador), derogando a su vez la D.A. Tercera de la L.O. 3/89, que imponía directamente el 20% de recargo.

Aspectos diferenciales:

La mora será el interés legal más el 50% , salvo que se consigne o pague el importe de la indemnización dentro de los tres meses siguientes a la producción del siniestro.

En daños corporales de duración superior a los 3 meses, el Juez podrá decidir sobre la suficiencia o ampliación de la cantidad consignada:

Contra tal resolución no cabe recurso ordinario alguno.

No se incurre en mora cuando la falta de satisfacción de la indemnización o del importe mínimo esté fundada en causa justificada o que no le fuere imputable al asegurador. (Art. 20 LCS) .

9- Introduce la necesidad de informe médico para la determinación y concreción de las lesiones.

⁽⁶⁾ Exclusión cuyo contenido concreta y explica mejor el Real Decreto 7/2001 (Art. 10-a)

Artículo 10. Exclusiones. Están excluidos de la cobertura del seguro de suscripción obligatoria los siguientes daños: a) Todos los daños y perjuicios ocasionados por las lesiones o fallecimiento del conductor causante del siniestro.

⁽⁷⁾ Estas tres limitaciones al asegurador fueron impuestas por las Directivas 84/5 y 90/232 de la C.E.

10-Establece los siguientes límites para el seguro obligatorio, a partir del 1 de Enero de 1.996 ⁽⁸⁾:

Para Daños Corporales 56.000.000 Ptas. , por víctima
Para Daños Materiales 16.000.000 Ptas. , por siniestro

Aspectos prácticos de la gestión y cambios organizativos y estructurales:

A- Necesidad de rápida toma de decisiones y valoraciones de culpabilidad, ya que a los 3 meses debe consignarse para evitar la mora, cuestión esencial para el futuro coste del siniestro.

El hecho de tener un siniestro consignado en tiempo y forma, determinará y condicionará toda la gestión futura. La no consignación puede suponer incrementos de costes siniestros de alcance imprevisible, siendo por el contrario y paradójicamente totalmente evitables, por lo que se hace imprescindible establecer un sistema de consignaciones de ágil utilización por los tramitadores de siniestros y de fácil control contable a través de medios telemáticos.

La Ley 30/1995 da un tratamiento específico a la consignación cuando el asegurador incurra en mora en el ámbito concreto del seguro de Responsabilidad Civil para la cobertura de los daños y perjuicios causados a las personas o en los bienes con motivo de la circulación.

Se trata, pues, de una consignación específica cuyo único fin es el de enervar los intereses moratorios que con carácter general se establecen para el asegurador en el Art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro (ley 50/1980). Y tratándose de una regulación específica de esta consignación debemos hacer varias precisiones:

- No se trata de una Consignación para pago, sino únicamente para enervar intereses moratorios
- La consignación debe efectuarse dentro de los 3 meses desde la ocurrencia del siniestro. Debe hacerse de forma prudente, clara y razonada.

⁽⁸⁾ Modificado por RD 7/2001, que con efecto 13 de Febrero, establece los siguientes límites:

Para Daños Corporales	350.000 Euros, por víctima
Para Daños Materiales	100.000 Euros, por siniestro

B- Un estudio inicial pormenorizado de las circunstancias del accidente, por parte del tramitador del siniestro y del Letrado, a fin de determinar de modo objetivable el factor culpa o en su caso el porcentaje de culpa o de concausas coadyuvantes.

El abogado debe basar su informe en datos objetivos u objetivables, ya que aunque en muchos casos la reducción de la indemnización por esta vía puede ser muy importante, el asegurador no debería basar su estrategia en opiniones subjetivas que no harían sino aumentar artificialmente la litigiosidad, sino que su informe debe basarse siempre en datos objetivos (informes técnicos del atestado, testigos veraces, informes de reconstrucción ...).

Incrementar gastos de información e investigación, al objeto de conseguir una minoración de costes finales por costes paralelos evitables o cuando menos minimizables (intereses moratorios, fraude).

C-Un rápido seguimiento médico, ya que el sistema de la LRCSCVM indica que en la determinación y concreción de las lesiones permanentes y las incapacidades temporales, así como en la sanidad del perjudicado, será preciso informe médico⁽⁹⁾ Con este nuevo sistema, la figura del Perito Médico, importante antes, se convierte ahora en una pieza básica en la gestión del siniestro.

El informe médico debe contener el máximo rigor técnico, de forma que su informe pueda ser defendido ante cualquier instancia, debiendo plasmar la realidad del estado del lesionado, con rigor y de manera concisa, con la cuantificación de las secuelas y factores de corrección que contempla el BAREMO, conforme a las reglas de aplicación de la Tabla VI.

Los informes periciales médicos deben integrarse en los expedientes de siniestros, ya que de los mismos, en muchas ocasiones nacerá la necesidad de actualización de provisiones, nuevas estrategias de gestión, de prestaciones sanitarias o asistenciales, etc...

Estructura: Deberá informar de todos aquellos aspectos que tienen incidencia en la valoración del daño, sobre la que después se fijarán las cuantías indemnizatorias.

- Relación de lesiones con mecanismo lesional.
- Días de estancia hospitalaria, días Impeditivos y días no impeditivos
- Previsión de posible incapacidad permanente parcial, total o absoluta. Y en su caso situación previsible de gran invalidez, con indicación y cuantificación de necesidad de ayuda de otra persona u otras ayudas.

⁽⁹⁾ El Anexo de la LRCSCVM. Apartado Primero,11, establece que para la determinación y concreción de las lesiones permanentes y las incapacidades temporales, así como para la sanidad del perjudicado, será preciso informe médico.

- Existencia de incapacidades preexistentes que influyan en el resultado lesivo final y/o agravación de incapacidades preexistentes.
- Puntuación de secuelas según el BAREMO: La puntuación de secuelas tiene como objetivo disponer desde el momento en que tengamos conocimiento de la

existencia de un lesionado y hasta el momento del cierre del siniestro, de información fiable que permita al tramitador poder efectuar la reserva suficiente, para afrontar la totalidad de gastos e indemnizaciones que se puedan derivar del mismo, en cualquier momento del proceso.

Evidentemente, los informes médicos y los datos contenidos en los mismos, así como su uso y custodia, deberán adaptarse a lo dispuesto en la LOPD, sobre la protección de datos “sensibles”, para lo cual es necesario comunicar a la Agencia de Protección de Datos, los ficheros informáticos de que se disponga y quienes tienen acceso a los mismos, así como recabar del lesionado su conformidad y consentimiento, informándole del uso que se va a hacer del informe médico, facilitándole la información necesaria sobre los derechos de acceso y rectificación.

1.2.1 Actualizaciones del Baremo.

El Baremo de la Ley 30/95 ha sufrido las siguientes actualizaciones y/o modificaciones, a través de las distintas Resoluciones de la Dirección General de Seguros (*y actual de Fondos de Pensiones*)

Tabla 1. Actualizaciones del Baremo (IPC)

Año Actualización	Resolución, fecha	Incremento %
1.997	13 de Marzo, BOE del 25 de Marzo	3,2
1.998	24 de Febrero, BOE del 25 de Marzo	2,0
1.999 (*)	22 de Febrero, BOE del 5 de Marzo	1,4
2.000	2 de Marzo, BOE del 24 de Marzo	2,9
2.001	30 de Enero, BOE del 9 de Febrero	4,0
2.002	21 de Enero, BOE del 26 de Enero	2,7
2.003	20 de Enero, BOE del 24 de Enero	4,0
2.004	9 de Marzo, BOE del 6 de Abril	2,6

Si atendiéramos únicamente al IPC, el incremento acumulado (base 100) , desde la publicación del baremo sería el 25,18, pero la actualización del año 1.999, en la que se modifican las cuantías y los conceptos indemnizatorios en días de baja, obliga a hacer otro estudio, teniendo en cuenta estas variables, para poder establecer el verdadero incremento habido.

(*) Modificación introducida por la Ley 50/1998 de 30 de Diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, que modifica la letra A) de la Tabla V del Baremo, y que se completa con la Resolución de 22 de Febrero de 1.999 (BOE del 5 de Marzo), que fija:

Para Indemnizaciones por Muerte y Lesiones Permanentes, un incremento del 1,4% , y fija las siguientes "nuevas cuantías indemnizatorias para la Tabla V"

(*Incapacidad Temporal*), quedando como sigue:

- *Días de Baja: (sin límite temporal)*
 - *Durante la estancia hospitalaria.....8.000 Ptas.*
 - *Sin estancia hospitalaria:*
 - *Impeditivo.....6.500 Ptas.*
 - *No impeditivo.....3.500 Ptas.*

Antes de la modificación de 1999, las indemnizaciones para días de baja eran:

Días de baja (Hasta un máximo de 18 meses)	Indemnización diaria (Pesetas)
Durante la estancia hospitalaria	7.368
Sin estancia hospitalaria	3.158

Tabla 2. Actualizaciones del Baremo .
Incrementos reales acumulados.

BAREMO LEY 30/ 95, ACTUALIZACIONES / BASE 1996 = 100								
Año	Incremento medio acumulado ponderado desde la publicación del baremo							IMPEDITIVA
	Incr.	100	Incr.	7000	Incr.	3000	Incr.	3000
								58,31
1997	3,20%	103,2	3,20%	7224	3,20%	3096	3,20%	3096
1998	2,00%	105,264	2,00%	7368,48	2,00%	3157,92	2,00%	3157,92
1999	1,40%	106,737696	8,57%	8000	105,83%	6500	10,83%	3500
2000	2,90%	109,8330892	2,90%	8232	2,90%	6688,5	2,90%	3601,5
2001	4,00%	114,2264128	4,00%	8561,28	4,00%	6956,04	4,00%	3745,56
2002	2,70%	117,3105259	2,70%	8792,43456	2,70%	7143,85308	2,70%	3846,69012
2003	4,00%	122,0029469	4,00%	9144,131942	4,00%	7429,607203	4,00%	4000,557725
2004	2,60%	125,1750236	2,60%	9381,879373	2,60%	7622,77699	2,60%	4104,572226
		0,251750236		0,340268482		1,540925663		0,368190742
incremento %		25,18%		34,03%		154,09%		36,82%

color verde = base 1996
color azul = incremento acumulado desde la publicación del baremo

Incremento medio acumulado desde publicación del baremo
62,53%

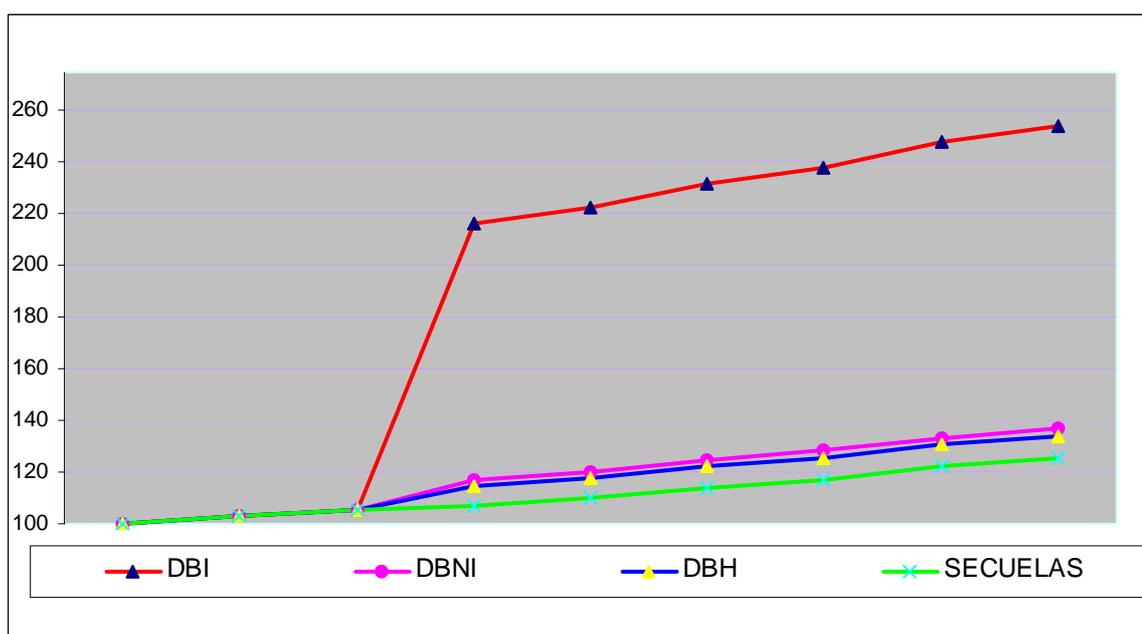
Crecimiento acumulado ponderado según composición de la indemnización

Escenario ponderado (simulado)		
% SECUELAS	67,00%	16,87%
% DIAS HOSPITALARIOS	1,00%	0,34%
% DIAS IMPEDITIVOS	25,00%	38,52%
% DIAS NO IMPEDITIVOS	7,00%	2,58%
MEDIA		58,31

Como se puede ver, la modificación de 1999 supuso un fuerte incremento de las indemnizaciones por días de baja, concretamente en los días impeditivos. En función de la composición de la cartera de cada Entidad, supondrá también una varianza al alta o a la baja en el coste de la indemnización final, ya que la composición de la cartera influirá en el tipo de accidente y en el tipo de lesionados.

Este modelo nos puede servir para reprovionar los siniestros pendientes, en el caso de alguna nueva modificación del baremo.

Gráfico 1. Actualizaciones del Baremo. Base 100



En este gráfico se refleja la curva de la evolución de las indemnizaciones por secuelas y días de baja Hospitalarios, Impeditivos y No Impeditivos.

El fuerte incremento producido en Días de Baja Impeditivos, es un dato que no podemos obviar, y haría bien el legislador en tenerlo presente en el futuro si se planteara alguna modificación de los conceptos indemnizatorios.

Es más, debería definirse mejor que se entiende por día impeditivo, de forma que se adecuara a la realidad económico-laboral y social de la víctima, ya que actualmente la Ley solamente indica, de forma harto confusa:

Tabla V, del Anexo de la LRCSCVM. ...Se entiende por día de baja impeditivo aquel en que la víctima está incapacitada para desarrollar su ocupación o actividad habitual.

Así, no debería considerarse del mismo modo el día impeditivo para quien está en una situación productiva por cuenta propia, por cuenta ajena, o jubilado, estudiante, etc ...

1.2.2 La modificación de la Tabla VI, operada por la Ley 34/2003.

Si bien sería necesario plantearse el afrontar otros problemas en nuestro sistema de valoración del daño corporal, como serían, entre otros:

- El régimen de la mora y la consignación enervatoria .
- La ausencia de un sistema de peritaje médico.
- El impago de primas.

No por ello era menos importante una modificación de las reglas de valoración de las que se venía hablando sobre su oportunidad y conveniencia. A saber:

- La propia norma, en su exposición de Motivos, al referirse a la Tabla VI, indica que *...la experiencia acumulada desde su entrada en vigor aconseja ciertas modificaciones.*
- Jornada de presentación Tabla VI.
INESE. Barcelona 12 de Diciembre 2003.
 - Una necesidad exigida por el mundo de la VDC.
 - Origen:
 - Inquietud en el sector asegurador (UNESPA)
 - Otras entidades (DGS, SEAIDA)
 - Comité médico multidisciplinar e independiente
- Las Recomendaciones de Unespa para la utilización de la Tabla VI del sistema para la valoración de los daños personales en accidentes de circulación
- Asociación Catalana de Médicos Forenses, (Barcelona 31 de marzo de 2000):
1ª Jornada sobre aspectos Médico-prácticos del sistema de Valoración del daño corporal (Análisis de las recomendaciones para la aplicación de la Tabla VI):
 - *En Valoración del daño corporal no se trata de beneficiar ni de perjudicar a nadie, sino de ser justos, aplicando el sentido común, siendo objetivos y veraces*
 - *Hay que establecer modificaciones en los epígrafes y puntuaciones del Sistema de Valoración.*

La experiencia acumulada nos viene a decir que en el sistema de la anterior tabla VI se producían:

- Duplicidades y solapamientos valorativos
- Sobre-valoraciones
- Interpretaciones libres, ante la ausencia de normas de valoración en la anterior tabla. ⁽¹⁰⁾

⁽¹⁰⁾ Magistrados Juan Garnica y Rodríguez Vega (Jornada INESE 12-12-2003) , “ Las reglas no contradicen el baremo anterior, sino que aclaran la forma de llevar a cabo la cuantificación-.

Con la nueva Tabla, se ha producido un cambio en el criterio de la valoración estrictamente médica del daño corporal, en cuanto que:

A: Se busca más la valoración de la “funcionalidad restante” de la parte corporal dañada, dando menos importancia a la lesión originaria.

B: Se establecen criterios más clínicos lo cual permite establecer las secuelas más objetivamente.

C: Se dota al sistema de reglas de utilización y de interpretación, de las que antes carecía.

Lo que se ha pretendido es que haya una mayor concordancia entre los informes de parte y los informes forenses que permita una resolución más rápida de los siniestros que a su vez produzca una menor litigiosidad y con ello seguir colaborando a la disminución de las sobrecargas en los juzgados.

Aunque noticias alarmanantes y una lectura rápida y no sistemática de la nueva Tabla, pudiera dar lugar a pensar que han desaparecido secuelas o que las puntuaciones han ido a la baja, no ha sido así, sino que solamente han desaparecido aquellas *secuelas que constituían una situación clínica no reconocida*; y otras que eran secundarias o tributarias de una lesión más importante se han integrado en esta última.

Tabla 3, Las 10 Secuelas más frecuentes. (Nueva Tabla VI)

Análisis de las 10 secuelas más frecuentes. (Muestra 7.500 lesionados, con secuelas).	Frecuencia %	34/2003	30/95
Columna vertebral (Cervicalgias, lumbalgias y dorsalgias) Sin compromiso radicular	29,76	1-5	2-12
Con compromiso radicular		5-10	
Perjuicio estético ligero	19,42	1-6	1-4
Síndrome Postraumático cervical (Latigazo, cefaleas, vértigo)	14,29	1-8	1-8
Hombro. Artrosis postraumática y/o hombro doloroso	6,39	1-5	1-5
Columna cervical y pelvis. Agravación artrosis previa al traumatismo	4,24	1-5	2-5
Gonalgia y artrosis postraumática de rodilla (antes)			
Gonalgia postraumática inespecífica/ agravación de una artrosis previa (ahora)	4,18	1-10	3-15
Perjuicio estético moderado	3,70	7-12	5-7
Artrosis postraumática y/o antebrazo-muñeca dolorosa	2,31	1-5	3-8
Hernias o protusiones discales operadas o sin operar	2,21	1-15	5-15
Fracturas costillas /esternón. Neuralgias intercostales.	1,97	1-6	2-15
REPRESENTAN EL 88,47 % DE LAS SECUELAS			

Podemos comprobar que de las 10 secuelas más frecuentes sólo en la primera, (Cervicalgias Lumbalgias y Dorsalgias) puede “parecer” que se cambia a la baja la puntuación, pero sólo si no se presenta prueba objetiva. Las Entidades deberán establecer los sistemas de gestión adecuados a la realidad lesional, de forma que les permita adecuar sus sistemas y medios a la mejor prestación de la asistencia sanitaria para cada tipología de lesiones. (Capítulo 2)

1.2.3 El Reglamento (Real Decreto 7-2001)

El Reglamento que debía completar y desarrollar la LRCCVM, tardó 6 años en publicarse.

El BOE del día 13 de Enero de 2001, publica el Reglamento sobre Seguro y Responsabilidad Civil en la Circulación de Vehículos a Motor, dentro de la Ley de Acompañamiento.

Novedades más significativas:

- Remarca que la Responsabilidad Civil del automóvil se regula por la Ley de Uso y Circulación de vehículos a motor (Art. 1), en una clara alusión al régimen de culpas y a la aplicación del Baremo.
- Definición del concepto de vehículo a motor (Art. 2).
- Definición del “hecho de la circulación”. (Art. 3).
 - Se excluye del Seguro Obligatorio la utilización de un vehículo a motor como instrumento de la comisión de delitos dolosos.
- Las pensiones provisionales deben ajustarse al baremo.
- Consignaciones judiciales.
 - Confirma que pueden hacerse por los medios reconocidos en la Ley de Enjuiciamiento Civil, en una clara referencia a los avales bancarios como medio válido de depósito y garantía.
- Exclusiones (Art. 10).
 - Se aclara la exclusión de los daños y perjuicios del conductor causante del siniestro, poniendo fin a una cierta polémica que se había abierto al respecto.
 - Se aclara que están excluidos los daños producidos por vehículo robado, haciéndose extensivo tanto al robo como al robo de uso.
- Límites Cuantitativos. (Art. 12).
 - Se amplían los límites del seguro obligatorio:

Daños Corporales (Por víctima)	350.000 Euros
Daños en los bienes (Por siniestro)	100.000 Euros
Gastos de asistencia médica.....	Sin Limitación
- Derecho de repetición (Art. 15).⁽¹¹⁾

⁽¹¹⁾ El derecho de repetición es la potestad jurídica que tiene la Aseguradora que ha resarcido un daño, para reclamar contra el autor del acto que ha ocasionado dicho perjuicio económico. A diferencia de la subrogación, el de repetición es un **crédito nuevo** contra el deudor, que nace en virtud del pago realizado por la Aseguradora cuando sobreviene el riesgo contemplado, dentro de los límites pactados y/o los establecidos por la Ley.

- Regulación de la Oficina Española de Aseguradores de Automóviles (OFESAUTO).
- Proposición y solicitud de seguro.
 - La solicitud vincula al asegurador durante 15 días desde que esté diligenciada por la aseguradora o un agente de ésta
 - El asegurador tiene un plazo de 10 días para rechazarla mediante escrito razonado y comunicado fehacientemente
 - Se puede percibir la prima correspondiente a estos 15 días.
 - La proposición vincula por el mismo periodo.
 - Existe la obligación del asegurador de comunicar fehacientemente la resolución del contrato por impago de la primera prima.
- Desarrollo de la regulación del fichero informático FIVA
 - Obligación diaria de aportar información de altas y bajas, así como respecto de los vehículos a los cuales se haya diligenciado la solicitud de seguro o se haya emitido proposición aceptada por el tomador.
- Certificación de antecedentes de siniestralidad.
 - Obligación de expedir en el plazo de 15 días hábiles, y siempre a petición del propietario y/o tomador, certificación acreditativa de los antecedentes siniestros correspondientes a los 2 últimos periodos de seguro, si los hubiere.

1.3 La evolución del Seguro Obligatorio.

Indemnizaciones y límites de cobertura. Evolución desde su origen.

Desde la creación del Seguro Obligatorio de Automóviles en 1962 por la Ley 22/1962 (para entrada en vigor el 1 de Junio de 1965, se han producido diversas modificaciones hasta la fecha).

Tabla 4. Cronología legislativa del Seguro de Suscripción Obligatoria (antes S.O.A)

AÑO	DISPOSICIÓN LEGAL	COBERTURAS	LIMITES Ptas.
1962	Ley 122/1962 de 24-12-64 BOE del 27-12-62	Sobre Uso y Circulación de Vehículos a Motor	
1964	D. Ley 18/1964 de 3-10-64 BOE del 5-10-64	Por el que se organiza el Fondo Nacional de Garantía	
1964	Decreto 3787/1964 de 3-10-64 BOE del 5-10-64	Por el que se aprueba el Reglamento del seguro Obligatorio	
1965	RD 3787 de 19-11-64 BOE del 4-12-64	Asistencia Médico Hospitalaria Pensión diaria Incapacidad Permanente Gran Invalidez o Muerte	30.000 200 200.000 250.000
	Señalando la fecha de 1 de Junio para la entrada en vigor del Seguro Obligatorio de Automóviles		
1965	RD 1199/65 de 6-5-65 BOE del 11-5-65	Asistencia Médico Hospitalaria Pensión diaria Incapacidad Permanente Gran Invalidez o Muerte	30.000 200 200.000 300.000
1967	Decreto 2532/1967 de 11-10-67 BOE 30-10-67	Por el que se aprueba el Reglamento del F.N.G.	
1968	Decreto 632/1968 de 21 de Marzo	Por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Uso y Circulación de vehículos a Motor	
1974	OOMM de 15-11-74	Por la que se incluye en las garantías del SOA, el cónyuge, ascendientes y descendientes	
1980	RD 1653/80 de 4-7-80 BOE del 15-8-80	Asistencia Médico Hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> ▪ En centro reconocido ▪ Centro no reconocido Pensión diaria de asistencia personal y familiar Incapacidad temporal (día) Incapacidad Permanente Muerte Gran Invalidez	Total fact. 50.000 600 600 600.000 750.000 1.000.000
1982	OOMM Economía y Hacienda de 10-11-82	Asistencia Médico Hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> ▪ En centro reconocido ▪ Centro no reconocido Pensión diaria de asistencia personal y familiar Incapacidad temporal (día) Incapacidad Permanente Muerte Gran Invalidez	Total fact. 75.000 800 800 800.000 1.000.000 1.500.000

1987	RD 2641/86 de 30-12-86 BOE del 31-12-86	Asistencia Médico H., si es en un centro sanitario reconocido por el Consorcio Si no es centro reconocido	Total fact. 100.000
		Daños Corporales (por víctima) Daños materiales por siniestro	2.000.000 500.000
1987	Orden de 16-3-87 BOE del 24-3-87	Asistencia Médico H., si es en un centro sanitario reconocido por el Consorcio Si no es centro reconocido	Total fact 100.000
		Día de baja, para trabajo habitual (máx. 2 años)	1.600
		IP Total para profesión o actividad habitual	1.700.000
		IP Parcial	
		Desde	150.000
		Hasta	1.700.000
IP Absoluta para todo trabajo	1.850.000		
Gran Invalidez	2.000.000		
Muerte	2.000.000		
1988	RD 1546/88 de 23-12-88 BOE del 27-12-88	Daños corporales por víctima	8.000.000
		Daños Materiales, por siniestro	2.200.000
1989	Resolución DGS de 1-6-89 BOE del 16-6-89	Día de baja, para trabajo habitual (máx. 2 años)	4.000
		IP Parcial	
		Desde	380.000
		Hasta	4.200.000
		IP Total para profesión o actividad habitual	4.200.000
IP Absoluta para todo trabajo	4.600.000		
Gran Invalidez	5.600.000		
1991	OOMM 5-3-91	Por el que se da publicidad a un sistema para la valoración de los daños personales en el Seguro de Responsabilidad Civil ocasionada por vehículos a motor y se considera el mismo apto para calcular las provisiones técnicas para siniestros o prestaciones pendientes. 1er. Baremo (No Vinculante)	
1992	Orden de 27-10-92	Declara la nulidad de pleno derecho del RD 1546/88 de 23-12-88 en cumplimiento de la Sentencia del 5-2-92 de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, por falta de audiencia de la Unión General de Consumidores.	
1992	RD 1559/92 de 18-12-92 BOE del 22-12-92	Daños corporales por víctima	16.000.000
		Daños Materiales, por siniestro	4.500.000
1995	Disposición Adicional 8ª Ley 30/95 de 8-11-95 BOE del 9-11-95	Daños corporales por víctima	56.000.000
		Daños Materiales, por siniestro	16.000.000
	Se incorpora el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. BAREMO VINCULANTE		
2001	RD 7/2001 de 12-1-2001 BOE del 13-1-2001	Daños corporales por víctima	350.000 € (58.235.100)
		Daños Materiales, por siniestro	100.000 € (16.638.600)
		Gastos de Asistencia Sanitaria.	Sin Limitación
Deroga el anterior Reglamento y desarrolla la LRCSCVM			

1.4 Mejoras operadas en el sistema indemnizatorio:

La objetivación de la responsabilidad y la baremización del daño han supuesto las siguientes mejoras, tanto para los perjudicados como para las aseguradoras:

- 1- Asunción legal de la Responsabilidad por “el riesgo creado”
- 2- Inoponibilidad a terceros de ninguna exclusión, que no sea la “culpa exclusiva” o la fuerza mayor.
- 3- Ampliación límites de cobertura del Seguro Obligatorio.
- 4- Inclusión de personas antes excluidas en el SOA (La única persona excluida es el propio conductor del vehículo causante).
- 5- Cobertura de Asistencia Sanitaria sin limitación.
- 6- Determinación objetiva de la entidad aseguradora obligada al pago de a Asistencia Sanitaria. (Convenios de Unespa).
- 7- Aumento (año 1999) de las partidas indemnizatorias en días de baja.
- 8- Obligación de suministrar al Ministerio de Economía la información relativa a los vehículos asegurados (Fichero FIVA) que permite conocer la entidad aseguradora de los vehículos implicados a la mayor brevedad.
- 9- Modificación Tabla VI año (2003), que permite agilizar las peritaciones al objetivar y concretar mejor las secuelas.
- 10-Modificación Tabla VI año (2003), incluye reglas de aplicación por lo que disminuye la interpretación y con ello la inseguridad técnica y jurídica.
- 11-Facilita la toma de decisiones, a ambas partes, sobre el cauce, judicial o extrajudicial, por el que plantear el caso.
- 12-Aumento de las posibilidades de acuerdos, al disminuir la incertidumbre.
- 13-Menor litigiosidad y menos costes sociales por variabilidad, evitando una excesiva tasa de litigación, descargando a la administración de justicia.
- 14-Minoración de costes de gestión.
- 15-Disminución de la incertidumbre y de errores al estimar las cuantías indemnizatorias, por homogenización de las mismas.
- 16-Estabilidad en las tarifas, al haber mayor facilidad para las predicciones de las dotaciones a las provisiones técnicas para prestaciones.

Capítulo Segundo

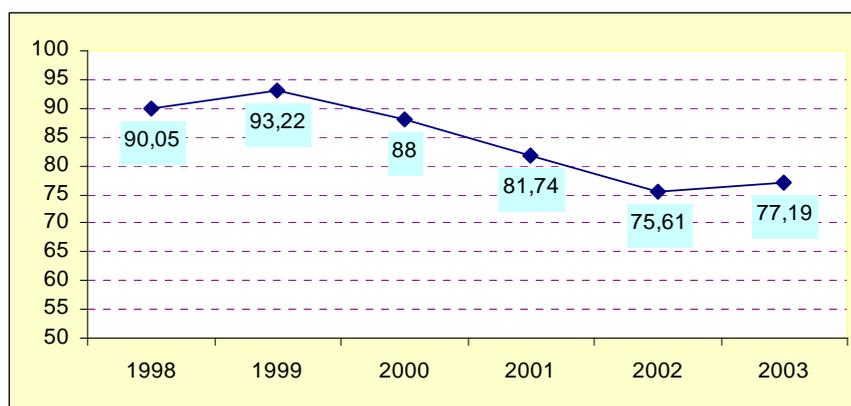
Consecuencias Operativas y Estructurales.

2.1 Escenarios del daño corporal

El seguro del automóvil cifra un volumen de negocio ⁽¹²⁾ de 9.980 MM €, que proviene de 23,8 MM de vehículos asegurados (1,3 MM sin asegurar), y que indemniza las consecuencias dañosas de 98.433 accidentes con daño corporal resultando 152.264 víctimas de las cuales 5.347 son mortales.

Disponer de estudios de los distintos escenarios a través de los cuales analizar el comportamiento siniestral de la cartera de una entidad, es hoy una necesidad básica e irrenunciable por imprescindible para (además de ayudar a la segmentación tarifaria), poder estructurar la gestión de siniestros de esta naturaleza, tomando las decisiones organizativas con el mejor conocimiento de causa posible, atendiendo a que por las características del daño del que estamos tratando y por el régimen de responsabilidad, el comportamiento siniestral tendrá varianzas importantes en función de la composición de la cartera. Asimismo, según las tipologías de las lesiones, cada una requerirá un modelo diferenciado y específico de gestión.

Gráfico 2. Escenario Primero
Siniestralidad del Seguro de Automóviles (Datos del Sector)
Fuente ICEA

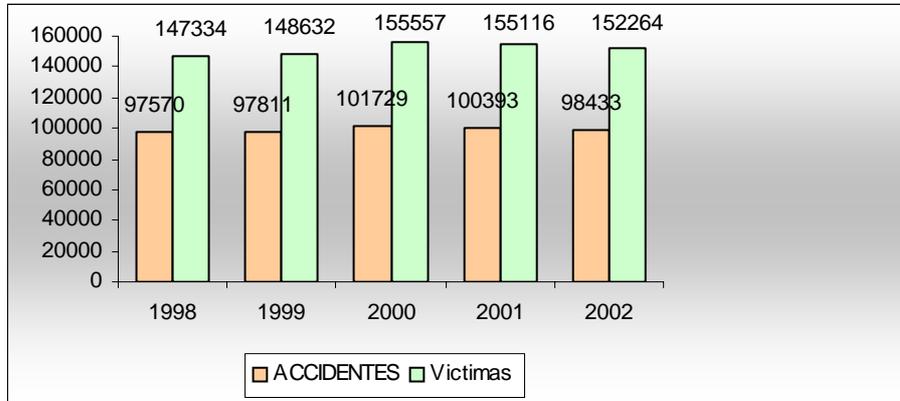


En este gráfico está representada la evolución de la tasa de siniestralidad sobre el total de primas en el seguro de Automóviles.

Se observa un repunte en el 2.003, de 1,58 puntos, o lo que es lo mismo, un incremento del 2,09 % (Fuente Icea), es decir, por debajo del IPC del citado año (El IPC para dicho ejercicio fue el 4%) , lo cual es un dato aún soportable para el sector.

⁽¹²⁾ Fuente ICEA, datos del año 2002

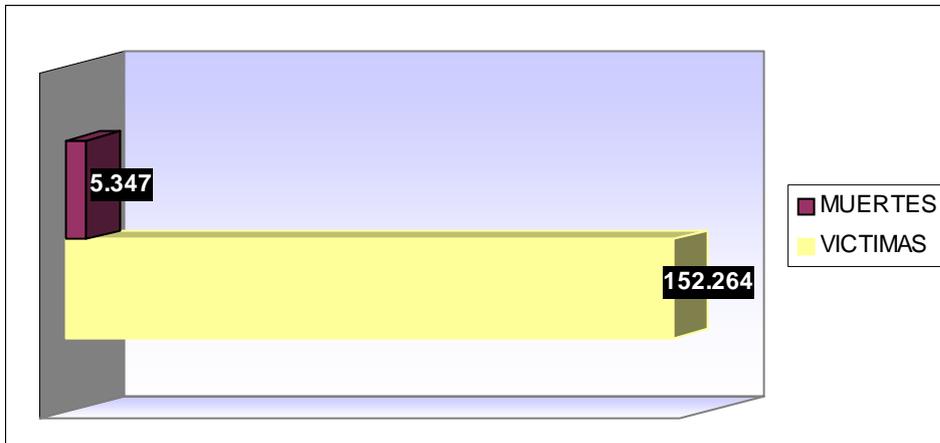
Gráfico 3
Escenario Segundo . Accidentabilidad y víctimas
 Fuente ICEA



En este gráfico está representado el número de accidentes con daños Corporales y el número de víctimas consecuencia de los mismos.

El ratio de lesionados (frecuencia) sobre accidentes es el 1,55

Gráfico 4
Escenario segundo. Víctimas y fallecidos (año 2002).
 Fuente ICEA



El número de fallecidos (datos año 2002), supone el 5,31% respecto al total de lesionados.

Y a su vez, el 0,54 de frecuencia sobre accidentes.

Tabla 5. Escenario Tercero
Parque de Vehículos en España
(Fuente DGT)

CLASE VEHÍCULO	NÚMERO	%
TURISMOS	18.732.632	74,74
CAMIONES Y FURGONETAS	4.091.875	16,32
MOTOS	1.517.208	6,05
OTROS	500.050	1,99
TRACTORES	167.014	0,67
AUTOBUSES	56.953	0,23
TOTAL	25.065.732	100

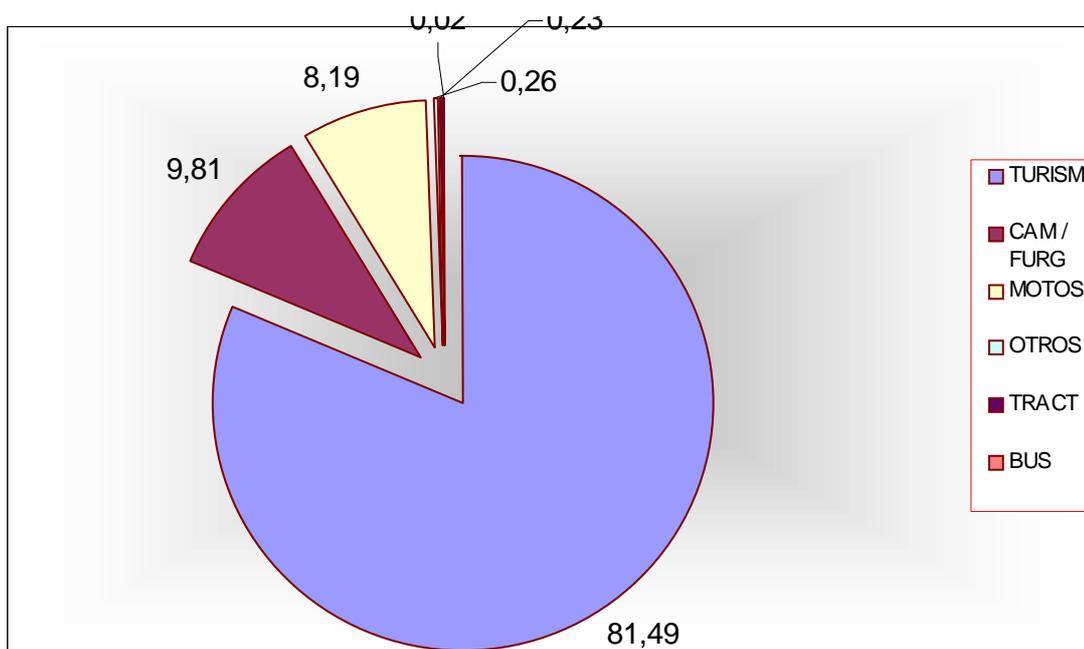
Aquí vemos la distribución del parque de vehículos del año 2002 y el % sobre el total de cada tipo.

Tabla 6. Escenario Cuarto
Víctimas por tipos de vehículos
(Muestra sobre 21.206 víctimas estudiadas)

CLASE VEHÍCULO	NÚMERO	%
TURISMOS	17.280	81,49
CAMIONES Y FURGONETAS	2.081	9,81
MOTOS	1.736	8,19
OTROS	55	0,26
TRACTORES	50	0,23
AUTOBUSES	4	0,02
TOTAL	21.206	100

También el de la distribución del número de víctimas en los accidentes de cada tipo de vehículo, así como sobre el total.

Gráfico 5 . Escenario Sexto
Tasas de peligrosidad, sobre resultado de víctimas.



Del estudio de las tablas anteriores y el gráfico 4 y sus datos, podemos establecer la siguiente peligrosidad añadida:

Tabla 7. Escenario Sexto
Tasa de peligrosidad añadida
 (Muestra sobre 21.206 víctimas estudiadas)

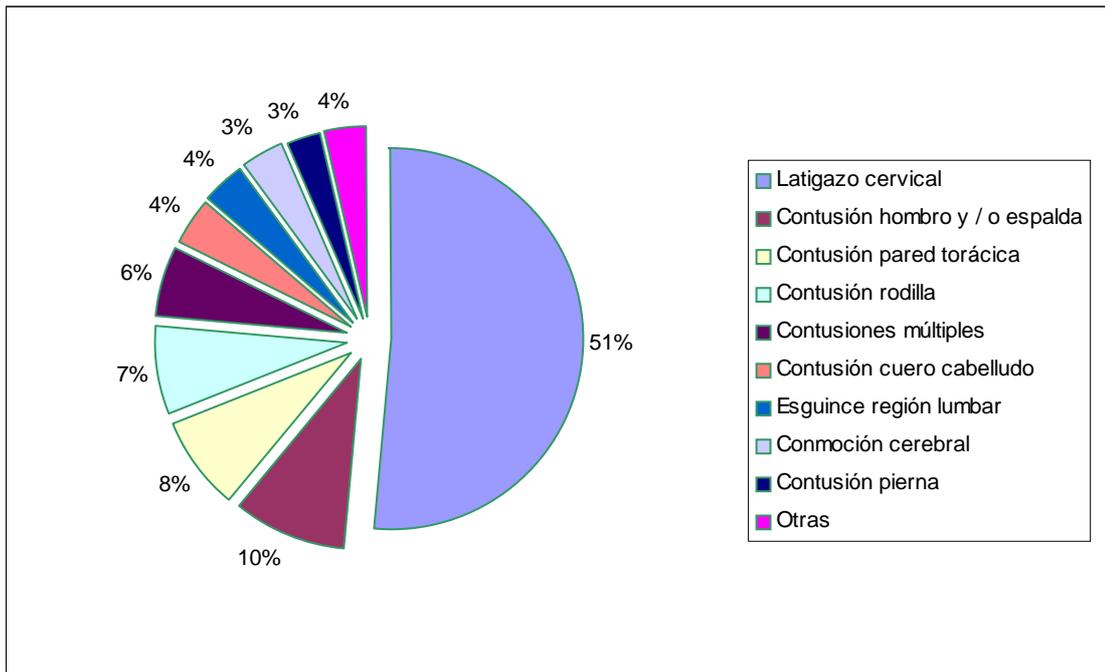
TIPO	% VÍCT.	% PARQUE	TASA
TURIISMOS	81,49	74,74	6,75
CAMIONES Y FURGONETAS	9,81	16,32	-6,51
MOTOS	8,19	6,05	2,14
OTROS	0,26	1,99	-1,73
TRACTORES	0,23	0,67	-0,44
AUTOBUSES	0,02	0,23	-0,21

Llamamos tasa de peligrosidad añadida la resultante de la comparación entre el parque de vehículos y la siniestralidad en víctimas, estudiada de los distintos tipos de vehículos

Tabla 8. Escenario Séptimo
Lesiones más frecuentes, número
 (Muestra 21.206 víctimas estudiadas)

Latigazo cervical	11.190
Contusión hombro y / o espalda	2.085
Contusión pared torácica	1.780
Contusión rodilla	1.588
Contusiones múltiples	1.294
Contusión cuero cabelludo	896
Esguince región lumbar	819
Conmoción cerebral	756
Contusión pierna	612
Otras	798

Gráfico 6. Lesiones más frecuentes en orden descendente.



El estudio de las lesiones más frecuentes, nos muestra que más del 50% son el famoso y rentable síndrome del latigazo cervical, que aparte de que cure con o sin secuelas, ya de por sí, al ser una lesión muy difícilmente objetivable, requerirá que pensemos en como organizaremos de forma eficiente la gestión de la asistencia sanitaria, ya que por su tipología esta lesión, de poca necesidad clínica, requiere una rehabilitación muy bien prestada para que cure sin secuelas, o minimizadas al extremo.

Tabla 9. Comportamiento de la lesión más frecuente.

El Latigazo cervical Datos más significativos. (Muestra sobre 21.206 víctimas estudiadas)

Datos relevantes

%
Media de Días Impeditivos
No Impeditivos
Puntos
Invalidez Parcial (Núm. de veces)

Sexo

Femenino

57,47

43,8

37,29

2,4

24

Masculino

42,53

42

24,56

2

26

Edades

<20

21,70

De 21 a 40

52,87

47,02

30,01

2,2

27

De 41 a 55

16,65

Resto

8,78

Actividad

Cuenta Ajena

49,76

48,2

24,02

2,2

27

El latigazo cervical, se constituye en la lesión con mayor frecuencia (52 % de los lesionados) , y curiosamente su sintomatología es de muy difícil objetivación.

La nueva Tabla VI del Baremo, según modificación de la Ley 34/2003, podría haber resuelto este problema que algunos han llegado a considerar como el del “*cuponazo cervical*” (por las altas expectativas indemnizatorias que comporta), pero en la realidad y a pesar de la reforma de la tabla de clasificación de secuelas, con respecto al *síndrome postraumático cervical* nada cambia : Ni puntuación, ni descripción de secuela. Únicamente se suprime el nombre “latigazo cervical”, pero no solventa el gran problema de la valoración de ésta secuela... por su SUBJETIVIDAD.

Por otra parte, no se describen otros síntomas que pueden acompañarlo y que actualmente ya están ampliamente descritos en la literatura médica, como *hipoacusias, problemas oftalmológicos, alteraciones del equilibrio, etc...*

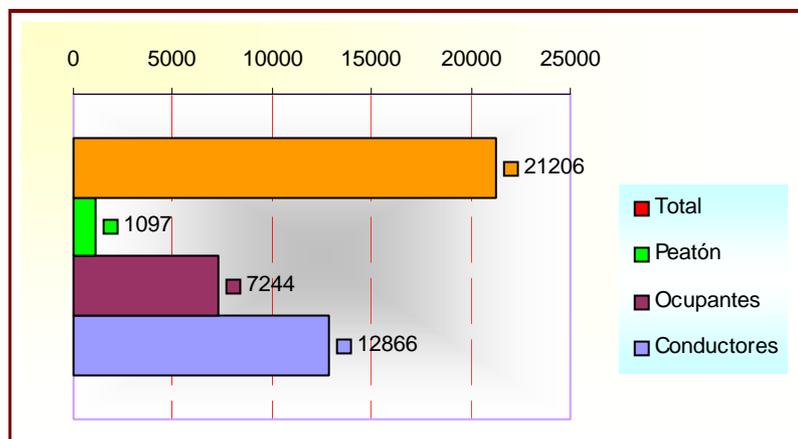
Son numerosos los síntomas descritos y relacionados con el síndrome postraumático cervical que no están recogidos en la Tabla VI, y que por tanto dejan a criterio del médico valorador el establecimiento del nexo causal, sin a veces poderlo constatar con pruebas médicas complementarias.

En definitiva, esta secuela (SECUELA ESTRELLA), seguirá SIN PODERSE OBJETIVAR.

Sólo queda seguir los protocolos médicos establecidos a nivel nacional, para hacer la valoración de este cuadro de la forma más objetiva posible.

La distribución por edades y actividad, es más que relevante.

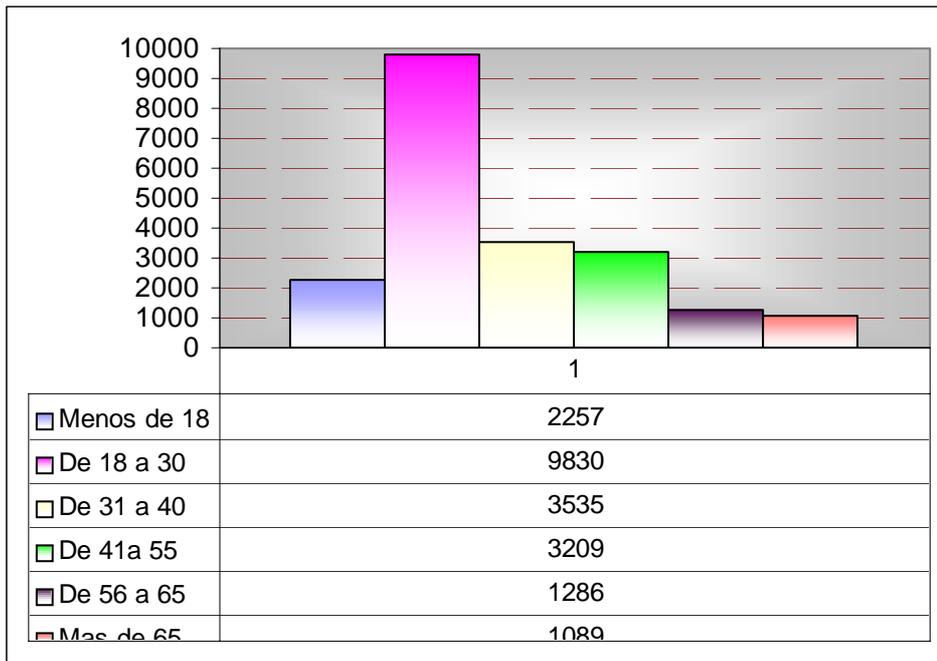
Gráfico 7.
Escenario Octavo. .
Número de lesionados según su situación o ubicación en el accidente
(Muestra sobre 21.206 víctimas estudiadas)



La composición de cartera, así como las zonas de circulación son elementos importantísimos, porque de una y otra, dependerá en gran medida el modelo de gestión de siniestros, al tener que organizarla también en función de la gestión de asistencia sanitaria de los Convenios de Unespa. Al tener que hacer frente a las prestaciones asistenciales de los propios conductores, tener más o menos motocicletas, por ejemplo, supone un tipo u otro de estructura organizativa en cuanto a medios y al tipo de organización de los servicios médicos.

Gráfico 8

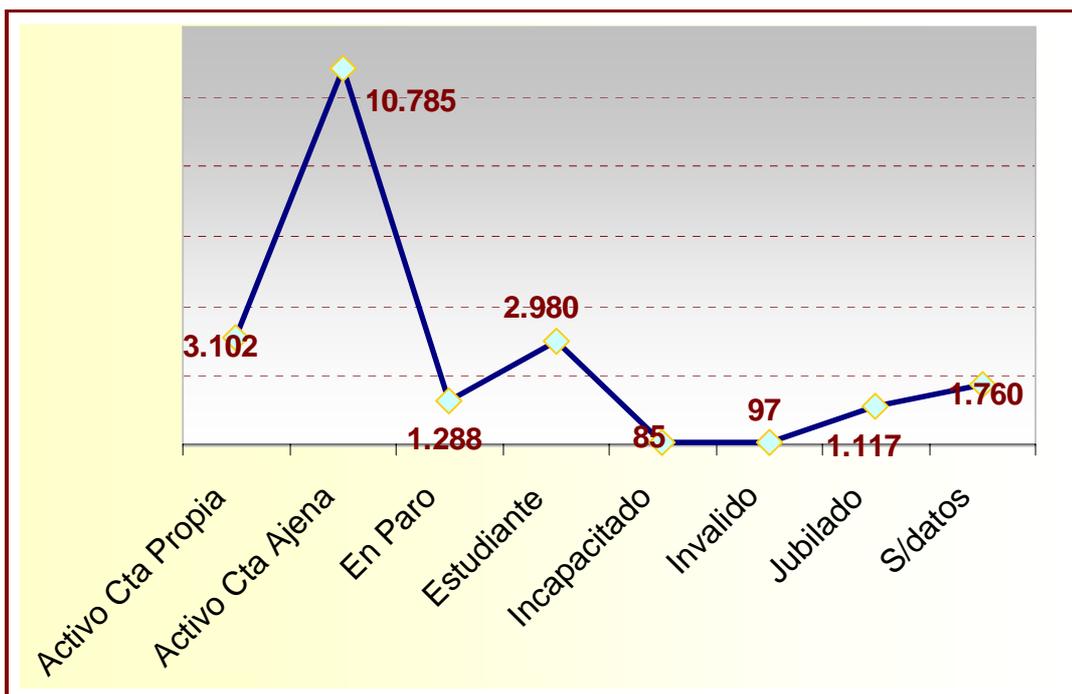
Distribución de las víctimas según la edad (por tramos según tabla III del Baremo)
(Muestra sobre 21.206 víctimas estudiadas)



La edad también es muy importante, en cuanto al tipo de asistencia sanitaria y a los factores económicos de corrección de la Tabla IV y V-b)
Las víctimas de mayor edad, precisarán mayores atenciones y ayuda tras el alta hospitalaria antes de conseguir la estabilización lesional.

Gráfico 9

Escenario Noveno
Según tipo de actividad u ocupación

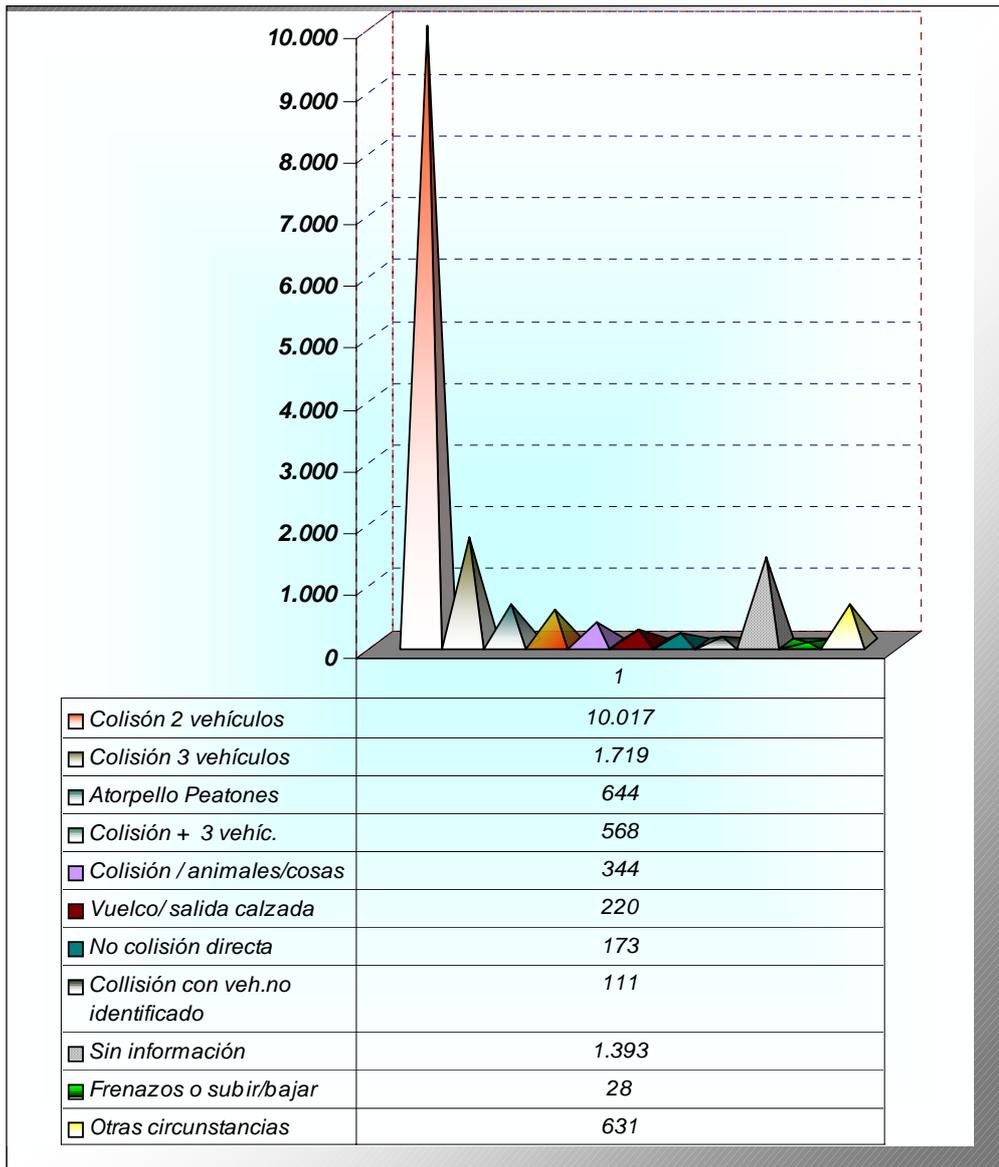


Este escenario es fundamental.

- Atendiendo a la gestión de la Asistencia Sanitaria, la ocupación u actividad del lesionado, en las lesiones de mayor frecuencia (latigazo), determinará un tipo u otro de "actitud" ante las necesidades, frecuencias, desplazamientos...etc..., para la rehabilitación, y por tanto para la determinación del periodo de baja.
- Por otra parte, la actividad "habitual" será determinante para la consideración de días improductivos o no improductivos, con su impacto en el coste final.
- Y asimismo, en función de unas u otras actividades o situación de ocupación, las indemnizaciones finales se verán modificadas con incrementos (importantes), previstos en las Tablas II, IV y V-b del Baremo

Gráfico 10.
Escenario Noveno

Tipología de accidentes . (Muestra sobre 21.206 víctimas estudiadas)



La propia composición de cartera, tendrá aquí un juego determinante en la tipología y clase de accidente, lo cual es una variable muy importante sobre el resultado del coste total de la siniestralidad, así como la partida de la misma correspondiente a la Asistencia Sanitaria.

Esta información deberá completarse con la de clase de accidente, causas, concausas y otras circunstancias coadyuvantes (adelantamientos, alcances, etc.....)

2.2 Organización de la gestión.

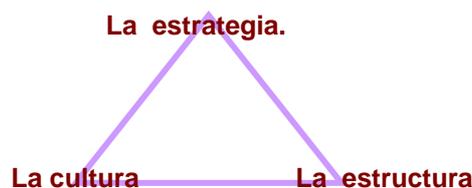
La gestión de los siniestros con daño corporal debe tener prioridad sobre cualquier otro siniestro , ya que suponen el 65% del Coste de la cobertura por Responsabilidad Civil y el 42 % del coste total del ramo ⁽¹³⁾

Por una parte, la elevada siniestralidad en el seguro del automóvil y los altos costes, tanto de gestión como de indemnizaciones, así como la incertidumbre sobre la suficiencia o insuficiencia de las provisiones técnicas (dado que suelen ser siniestros de larga duración), y por otra parte los entornos bastante turbulentos en los que se mueve el daño corporal derivado del Automóvil que con frecuencia no permiten ni siquiera una actitud de anticipación, hacen que necesariamente las Entidades deban estructurar unos sistemas de gestión ágiles y eficaces, que permitan a través de una gestión altamente pro-activa controlar los acontecimientos imprevistos durante la vida del siniestro, poder cumplir con dos principios básicos insitos en la gestión de siniestros:

- a) Ajuste y contención del coste.
- b) Cumplir correctamente las obligaciones como aseguradores, tanto legales como contractuales.

Si la organización de la gestión no da cumplimiento a estas dos premisas, no podremos hablar de una correcta gestión de siniestros.

Para cumplir estas máximas, establecemos lo que consideramos las seis reglas básicas, que deben servirnos para basar la estructura organizativa y que a su vez deben conjugarse dentro del triángulo de la propia empresa, formado por:



1. Sistemas de gestión basados en normativas técnicas.
2. Información exhaustiva.
3. Provisiones correctas y suficientes.
4. Gestión especializada.
5. Control de la gestión de los profesionales.
6. Liquidación de siniestros por transacción.

La organización de la gestión de siniestros no puede ser ajena a la estructura del resto de la empresa, así como al entorno que rodea la realidad en este campo tan complejo como es el del daño corporal.

⁽¹³⁾ Fuente: Máster Dirección Empresas Aseguradoras y Financieras. UB (2003)

El entorno específico así como la cultura y la estrategia de la empresa, condicionarán la estructura organizativa:

Tabla 10. EL ENTORNO ESPECÍFICO Y LA EMPRESA.
Formulación estratégica

ENTORNO ESPECÍFICO	ESTRATEGIA DE LA EMPRESA
Turbulento	Flexibilidad y “pro-actividad”
Cambiante	Innovación y gestión del cambio
Incertidumbre	Importancia estratégica del conocimiento
Complejidad	Nuevas técnicas y sistemas de gestión
Presión competitiva	Liderazgo, trabajo en equipo y gestión del conocimiento

Otro aspecto que debe ser analizado es la propia complejidad del daño corporal en si mismo, frente a otro tipo de daños.

La máxima que sirve para otro tipo de daños, de que *“todo se puede medir y cuantificar”*, no resulta aplicable a un daño que tiene un alto componente de subjetividad. En efecto, no todos reaccionamos igual ante el mismo tipo de daño corporal. No “nos duele” a todos por igual y no todos curan por igual en tiempo y en intensidad, lo cual se refleja en el resultado final. Resultado que se ve afectado por la influencia de actitudes y comportamientos personales del propio lesionado, ya sean debidos al propio daño, ya sean debidos a otros factores de influencia de ese entorno complejo al que nos hemos referido.

2.2.1 Un modelo de gestión.

Estamos tratando de una gestión enfocada finalísticamente a la indemnización, no a la gestión del propio daño en si. Y esta gestión requiere del asegurador una visión analista, experimentada que requiere:

- Conocimientos específicos en áreas diversas (médica, jurídica...).
- Intuición, como requisito que nos permita detectar las mejores necesidades tanto de servicio, como anticiparnos a los acontecimientos una vez conocida la noticia del hecho desencadenante.
- Reflexión, para el análisis prudente de todas las variables y alternativas.
- Psicología, ya que tratamos de daños a las personas.
- Astucia, ya que habrá que saber atender las necesidades de la víctima más el peso de sus familias y su entorno, que unen (factor sumatorio al coste) sus sentimientos personales al daño del propio lesionado.

No hay que olvidar que además, en caso de conflicto, resolverá un tercero (Juez), ajeno por completo a los hechos, al *iter* de la gestión, y a la situación de cada una de las partes en dicho conflicto.

En el enfoque del proceso organizativo que se propone, hay que tener presente que en una misma organización es posible crear distintas formas de estructura para partes distintas de la misma, incluso dentro de la misma área de negocio, y que no hay una mejor forma de organizar, ni una estructura ideal.

La estructura depende del tipo de dificultades que deba afrontar la organización y su adaptación a los cambios del entorno, identificando los factores estructurales clave, entendiendo como entorno específico *“aquellos elementos externos que de una u otra forma pueden afectar y sobre los que a veces se puede influir, sin pretender controlarlo”*. Más que controlarlo hay que buscar adaptarse a él. Cuanto más tarde, más oportunidades de mejora de negocio perdidas.

Otro aspecto que en la organización de la gestión no podemos olvidar, son los escenarios de la siniestralidad. Esto es, en función de la composición de la cartera, la clase de accidentes, etc..., la tipología del resultado lesional variará, lo cual debe tenerse muy presente en la estructura de la gestión de aquellos gastos (Asistencia Sanitaria. Investigación, etc..), que pueden encarecer o minorar el coste final.

Adecuar los sistemas y criterios de gestión a la tipología de lesionados, así como a la tipología de accidentes resultará fundamental para el mejor control de los costes de gestión.

En efecto, si analizamos los escenarios, por ejemplo el gráfico 6, podremos darnos cuenta, que es necesario establecer unos modelos de gestión diferenciada en función del resultado lesional, primando ante todo un enfoque de la correcta gestión de la asistencia sanitaria, tanto para el control de su propio coste, como para la adecuada gestión de cada tipo de víctima.

Y por último, indicar que para proponer un modelo de gestión, es necesario establecer y definir unos principios que definan nuestra estrategia, estructura y operativa:

La Estrategia: Consistirá en establecer los principios básicos de la gestión, esto es enfocada al coste o a la eficacia, y en que sistemas y normativas se basará, así como la política de cierres, enfocada a la transacción o a la resolución judicial según estándares predeterminados, y también el comportamiento organizativo en cuanto a pro-actividad, coordinación y competencias.

La Estructura: La estructura organizativa de uno o varios centros operativos debe garantizar el tratamiento de todas las Tipologías de Siniestros, así como utilizar de modo eficiente todos los medios disponibles y generar la información necesaria para el control del proceso operativo.

La Operativa: Debe establecer las tareas básicas y las normativas concretas de la gestión, en cada área o especialización que hayamos definido.

Todo ello debe estar definido con mucha precisión, por lo que lo primero que deberemos acometer es definir las estructuras, medios y necesidades formativas para cada área, descendiendo hasta el nivel de tareas:

- El objeto de la gestión.
- Los puntos fuertes (en que ayudan a mejorar servicio y costes).
- Los puntos débiles (de que adolece nuestra gestión).

Y establecer una propuesta: Que puntos hay que adaptar, modificar, sustituir, cambiar o eliminar.

Asimismo, habrá que establecer un sistema formal para desarrollar nuevas ideas sobre la gestión, atender al personal de segundo nivel para conseguir su implicación y que no se alejen de los objetivos y llegar a hacer obsoleto el sistema con mejoras permanentes.

Preparación del proceso de gestión:

Enfocada a una gestión absolutamente pro-activa (frente a la gestión inactiva), es conveniente establecer un equipo interno con ayuda de los profesionales externos que tanta importancia tienen en esta clase de siniestros.

Los aspectos a tener en cuenta son:

- Establecimiento de objetivos (analizar la mejora costes finales desde diversas áreas, culpas, política de recobros, etc..)
- Previsión del desarrollo (como se pueden desarrollar los siniestros, según su tipología, en los hechos o en el resultado)
- Búsqueda de información (personas y hechos)
- Argumentos que refuercen el enfoque (jurisprudenciales o por antecedentes similares)
- Estrategias (son las orientaciones básicas que marca la dirección de siniestros)
- Tácticas (se desarrollan a partir de las estrategias) adaptadas al caso concreto.
- Estructura de la información del expediente.
- Aprovechamiento de las nuevas plataformas tecnológicas.
- Profesiograma por puestos de trabajo especializados (definir perfiles del puesto y del ocupante)
- Inventario de competencias ejecutivas, estratégicas y relacionales.
- Gestión del conocimiento.
- Coordinación con las distintas áreas de los Servicios Centrales.
- Control de redes de profesionales externos.
- Definir tareas o servicios externalizables.
- Eliminar la “inacción”, que frenaría todo el proceso.

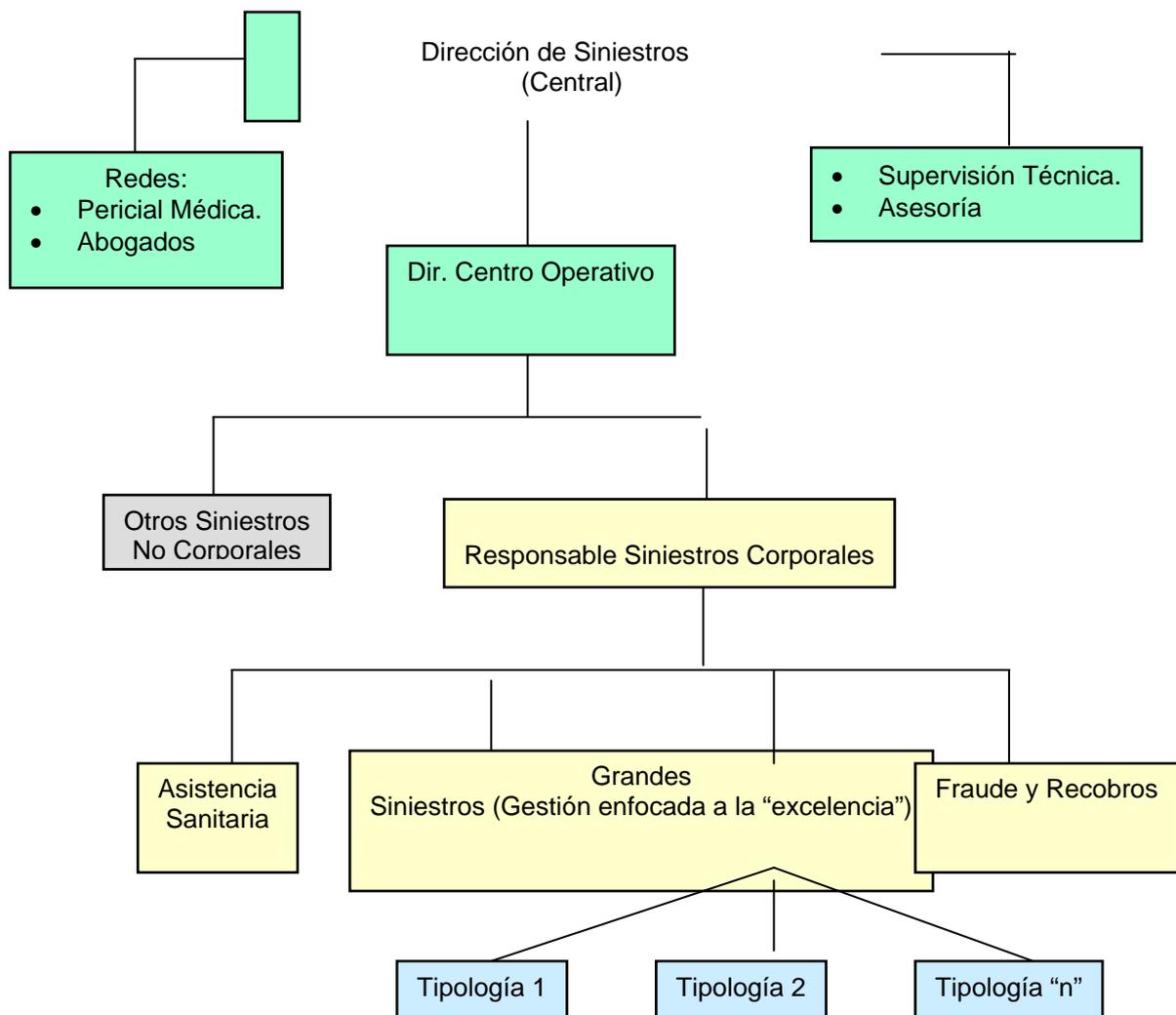
2.2.2 Estructura organizativa en Centro Operativo

La mayoría de las Compañías han adoptado en la última década un modelo de concentración de la gestión.

En este sub-epígrafe se propone un modelo de gestión de un centro operativo, basada en la especialización por áreas y tipologías de siniestros o lesiones. La especialización es necesaria en cuanto el entorno específico lo requiere. El entorno altamente cambiante en los aspectos legislativos, tecnológicos, financieros y judiciales, requieren una alta especialización, a través de equipos integrados y comprometidos, aunque sin llegar a la sobre-especialización, ya que ello podría implicar una innecesaria mayor complejidad en el esquema organizativo

Tampoco hay que externalizar aquello que es la base del negocio, el *cor business*, en cuanto por si mismo es un valor añadido y si se externaliza, no nos llegaría el grado de implicación y de feed-back necesarios para seguir con el cambio permanente, aspecto que consideramos clave de la gestión, ante los siempre presentes nuevos desafíos.

Organigrama Centro Operativo de Siniestros



La Dirección de Siniestros:

Se configura como el eje sobre el que gira y soporta todo el sistema y deviene básico en una actividad en la que el proceso productivo se invierte frente a cualquier otra actividad.

En la actividad aseguradora, el producto a la venta no es otro que la prestación del servicio una vez producido el hecho generador (el siniestro).

El precio de este producto final no ha podido ser establecido “a priori” más que de forma aproximada, en base a los estudios actuariales fundamentados en la experiencia de ejercicios anteriores y en la evolución y composición de la cartea.

Es decir, el precio final en realidad lo conocemos “caso por caso” una vez cerrada y acabada la gestión de los siniestros, que además se produce en gran número de casos en ejercicios diferentes al que ocurrió el hecho que los generó.

En la determinación del coste final intervienen normalmente elementos externos a la propia organización, tales como peritos médicos y abogados, cuya actuación, criterios, medios, sistemas y costes de gestión deben ser lo más homogéneos y uniformes posibles, por lo que son redes de profesionales externos que han de estar bajo la dependencia y supervisión directa de la dirección de siniestros, prestando sus servicios al centro o centros operativos.

Corresponde a la dirección de siniestros definir el modelo de gestión así como establecer el plan de acción anual en base al Plan Estratégico de la Empresa, y fijar los criterios técnicos, la normativa, los sistemas operativos, los objetivos y el control de resultados.

Asimismo, como sea que el entorno específico es alta y rápidamente cambiante, es conveniente que disponga de una supervisión técnica permanente (en todas las áreas) ya que de lo contrario los cambios, la evolución del entorno, los nuevos sistemas, el conocimiento de la competencia, pueden hacer que reaccione tarde y quede en desventaja competitiva rápidamente y con ello “fuera de mercado”. La supervisión técnica, tanto de la gestión como de las redes de profesionales y de proveedores, debe analizar, en las distintas áreas y a nivel de tareas:

- La situación actual, como está funcionando.
- Déficits de gestión observados.

Y presentar propuestas de mejora, así como las adaptaciones necesarias de medios, normativas, formación y sistemas.

Distribución por tipologías. Motivos:

La distribución por tipologías es una necesidad que deriva del propio análisis de los escenarios anteriormente dibujados. El siniestro con Daño Corporal, precisa de una alta especialización en cada casuística, tanto del propio resultado lesional, como del tipo de accidente, de los vehículos que intervienen, del tipo de vía, ya que los criterios a seguir en cuanto a la prestación y control de la adecuada asistencia sanitaria prestada al lesionado, el tipo y el perfil los profesionales a asignar, la investigación de los hechos, etc ..., serán distintos según los diferentes escenarios que no serán uniformes en cada Entidad en función de su composición de cartera.

En efecto, si observamos los escenarios presentados en este trabajo, podemos observar, a modo de ejemplo:

1. Escenario Octavo, el 51% de las lesiones son debidas al “latigazo cervical”, lesión de difícil objetivación y con unos protocolos médicos más o menos preestablecidos que permiten establecer un tipo de gestión enfocada al coste final, pero sobre la base de la eficiencia, fundamentalmente en la gestión pro-activa de la asistencia sanitaria, debido a que una correcta rehabilitación determinará el resultado lesional (la cuantificación o incluso la inexistencia de secuela), en la mayoría de los casos.

Cada tipología de lesionado (actividad, edad, etc..), requiere un perfil de gestión diferencial, tanto del siniestro en si mismo, como en lo que se refiere al seguimiento médico, por lo que también debe estructurarse la red pericial médica bajo estos criterios.

En definitiva, se trata de siniestros de duración corto-media, que deben ser liquidados en breve plazo.

2. Escenario Noveno: La mayoría de accidentes se producen entre dos vehículos, pero las causas y clases de accidente son muy diversas.

Cada tipología, clase de accidente, vehículos y el lugar (vía urbana, interurbana...) comportará un estudio del factor culpa, determinante a la hora de establecer las equitativas indemnizaciones. Esta determinación hará que el enfoque de la gestión derive hacia la reclamación, la transacción, la defensa judicial .., etc...Y cada situación requerirá la intervención de distintos tipos y perfiles de profesionales, cada uno de ellos con especialidades diferenciadas y adecuadas al caso concreto.

Asimismo, si observamos, el número de atropellos parece bajo respecto al total, pero según datos de la Dirección General de Tráfico (2002), suponen el 18% de las víctimas mortales en nuestro país (el 85% en zona urbana).

Para organizar la gestión en función de topologías, será preciso analizar antes las posibles variables y multiplicidad de circunstancias conexas, que influirán

tanto en las culpabilidades para fijar la indemnización, íntegra o en su caso alícuota, como en las estrategias de defensa; así como a la prestación de la debida asistencia sanitaria en la que influirá muchas veces la correcta toma de decisión en tiempos necesariamente muy cortos.

Por tanto, habrá que tener en cuenta esta serie de parámetros ya que si no se fijan los objetivos a los que se enfoque cada tipo de gestión, la clasificación por tipologías podría tener en las organizaciones un efecto contrario al deseado, y que sería el encasillamiento sin evolución de los propios tramitadores de siniestros.

La estructura organizativa debe combinar varios aspectos, tanto el enfoque a la correcta prestación sanitaria (el máximo interés del asegurador debe ser que una lesión cure correctamente), como al estudio y correcta aplicación de las concausas y compensaciones de culpa, pero basarlo todo en el factor culpa y olvidarse de las prestaciones asistenciales es un error de partida de consecuencias imprevisibles e imposibles de evaluar a priori, por lo que comportará desviaciones tanto de coste final como de provisiones.

Cada área de gestión (tipología) deberá tener sus tareas propias perfectamente definidas y delimitadas, así como aquellas tareas derivadas hacia otras áreas complementarias, según la siguiente clasificación:

Tareas Principales: Influyen directamente en el coste del siniestro.

Tareas Secundarias Que no influyen directamente en el coste del siniestro, pero sí influyen en el control, la calidad y el servicio al cliente.

Otras Tareas Secundarias: No influyen en el coste del siniestro.

Las tareas que corresponda realizar en cada fase y estadio de la gestión, deben estar perfectamente determinadas y definidas en cuanto a su contenido, responsables de realizarlas, soportadas y desarrolladas en la oportuna normativa técnica y perfectamente integradas en los sistemas de gestión.

2.2.3 Aspectos claves de la gestión.

Deben estar perfectamente definidos, normalizados y de inexcusable consideración y/o cumplimentación durante la gestión, ya que de la buena práctica de los mismos, el siniestro se incrementará en costes tanto de gestión, como finales de indemnización, sin que haya solución de continuidad.

Los aspectos claves deben estar definidos para cada tipología de siniestros, ya que la casuística es muy amplia, y en cada caso se requerirá una gestión diferenciada, atendiendo desde la tipología y causas del accidente, hasta el resultado lesional, número de intervinientes, número de lesionados, actuación o no de las Fuerzas de Seguridad, etc...

El experto (tramitador), será quien se responsabilice de la consideración de todos y cada uno de los aspectos claves, y de formalizar o enfocar la estrategia adecuada en cada momento de la gestión.

Los aspectos claves, los estableceremos en 4 fases de la gestión:

- Fase Inicial (verificación de hechos y personas).
- Fase Intermedia (tramitación específica)
- Fase final (pagos de las prestaciones a asegurados, perjudicados y de profesionales)
- Fase subsiguiente (posibilidad de recobro y/o repetición)

Fase Inicial: Es determinante. No debe durar más de lo imprescindible y en todo caso como máximo 48 horas, dedicando los recursos necesarios ya que la información inicial “fugitiva” significa costes añadidos por no haber podido valorar tempestivamente todas las consecuencias, escenarios y alternativas posibles que afectarán al enfoque de la gestión.

Las tareas mínimas que se concretan en esta fase serían:

- La verificación de los principales hechos, lugares y personas que directa o indirectamente estén implicados en la producción del hecho siniestral.
- La primera valoración (sistemas subjetivos o sistemas predeterminados y automáticos en base a la experiencia acumulada) según tipologías de accidentes y vehículos implicados y zona urbana o interurbana, o sistemas econométricos ⁽¹⁴⁾

⁽¹⁴⁾ En este aspecto es de destacar el trabajo llevado a cabo por Miquel Santolino, en su tesis doctoral “Análisis causal de los factores que influyen en la valoración de daños corporales en accidentes de circulación” Programa Doctorado en estudios Empresariales (Bienio 2003-2004) Especialidad en Ciencias Actuariales y Financieras.. Universidad de Barcelona, y su propuesta de modelización de un *logit* ordenado para las correctas estimaciones de provisiones.

- Primer análisis de culpabilidad y de la estrategia que nos determinará a su vez el perfil de los profesionales específicos a asignar.
- Indicios o primeras alertas de fraude. (pondrán en marcha los mecanismos específicos)

Fase intermedia: Es la fase durante la que se desarrolla toda la gestión, y que debe estar en manos del especialista, quien se apoyará en las otras unidades complementarias, para cada tarea específica de la gestión, controlando, supervisando y dirigiendo en su conjunto la gestión global del siniestro. Enfocando las tareas básicas hacia:

- Seguimiento de la gestión médico asistencial y valoración por los servicios médicos de la entidad.
- Ajuste permanente de las provisiones para prestaciones.
Esta es una tarea esencial, y “crítica”. La correcta coordinación con los peritos y especialistas médicos es fundamental. El *gap* de valoraciones que se produce entre la noticia o declaración del siniestro y el primer informe médico puede ser importante y una fuente de insuficiencia de provisiones que hay que solventar en este plazo.
- Estudio de los informes policiales y/o atestados, que permitirán una rápida, por necesaria, determinación de la causa y posibles concausas que han provocado y/o influido en su caso en la mecánica y consecuencias del accidente, que permita una determinación de culpabilidades, que será determinante en el coste final en función de que deba asumirse el coste total del siniestro, o poder establecer distintos porcentajes de culpas o conductas y por ende de indemnizaciones y costes finales, estableciendo las estrategias correspondientes, ya sea en vía transaccional y sea en defensa ante los tribunales.
- Consignaciones:
A los 3 meses. Segundo momento “crítico”. Es un momento crucial, pues debe tomarse la decisión de consignar o no . Para ello a los 3 meses, debe estar perfectamente investigado el hecho y determinado el análisis de culpabilidad, puesto que de una correcta o incorrecta decisión sobre la consignación, habrá una gran variabilidad en el coste final, por el devengo o no, de los intereses moratorios.
- Verificación existencia denuncia:
A los 6 meses. Tercer momento “crítico”.
En efecto, el lesionado tiene el plazo de 6 meses desde la fecha del accidente para presentar denuncia si lo desea. Que lo haga y en que momento lo haga, condicionará la estrategia judicial y encarecerá la gestión.

- Debe controlarse que se liquiden antes de los 6 meses aquellos siniestros de inferior duración del periodo lesional.
- Y en definitiva, en la fase intermedia debe primar el correcto seguimiento de las actuaciones judiciales, de la gestión de transacción y de los profesionales que intervengan en el siniestro, todo ello a través de sistemas de gestión con automatismos y “*motores de tareas*” predeterminadas e implementadas en los propios procesos.

Fase Final:

- Establecer unos sistemas y operativas ágiles de pagos que eviten dilaciones y duplicidades, al tiempo que permitan la explotación de la información tan desglosada por conceptos como sea posible y útil para la constante revisión de los criterios de gestión en donde se observen sobre-costes o desviaciones.

Fase subsiguiente:

- Recobros, repeticiones y seguimiento y control del fraude, a través de sistemas semi-automáticos.

La transacción:

El objeto del cierre a través de transacción no es otro que el ajuste correcto de la cuantía de la indemnización al sistema legal de tasación de la misma.

El baremo contiene múltiples singularidades en su aplicación que todas deben ser objeto de estudio y susceptibles de que a través de una motivada oferta negociada se ponga fin rápidamente a la posible controversia...., así, los factores económicos complementarios, y otras partidas contenidas en las distintas tablas, que presentan grandes horquillas de valoración económica.

Ya la OOMM de 5 de Marzo de 1991, en su exposición de motivos, indicaba que los acuerdos transaccionales eran el medio prioritario y esencial para la liquidación de siniestros.

La transacción debe considerarse como un contrato consensual, bilateral y recíproco, que tiene por causa para cada parte contratante , la prestación o promesa de una cosa o servicio por la otra parte.

La transacción mueve a los contratantes a la celebración de acuerdos , ya que si una de las partes no da, promete o cede en su derecho, existiría una mera renuncia de la otra.

La transacción, es un contrato por el cual las partes, dando, prometiendo o reteniendo cada uno alguna cosa, evitan la provocación de un pleito o ponen término al que había comenzado. Art. 1809 Código Civil.

Y todo ello hay que negociarlo entre las partes, y el "negociar" es un arte que requiere un estudio previo de cual es el objetivo a lograr y como conseguirlo.

Negociación es una conversación entre dos o más personas para conseguir un arreglo de intereses divergentes o un acuerdo mutuo, que requiere una reivindicación igualitaria en el tema objeto de la negociación y una voluntad de zanjar intereses contrapuestos y de llegar a un acuerdo común.

2.2.4 Cuadro de mando.

Junto con la definición de tareas y las normativas técnicas, el cuadro de mando deviene un elemento imprescindible como control y a la vez motor de la gestión.

El objeto del cuadro de mando es establecer, en los distintos niveles y áreas, los indicadores que permitan orientar la gestión y el seguimiento de aquellas variables relacionadas con el desempeño de las personas que impactan en el coste de los siniestros, en la calidad de servicio y en la eficiencia.

El cuadro de mando debe constituirse sobre una base de información que se pueda a la vez agrupar y separar por áreas de gestión, para bajar en último término a las tareas específicas.

En el cuadro de mando se incluirán indicadores que permitan el control de la actividad y de resultados por áreas, profesionales externos, así como el seguimiento diario de flujos de la gestión que permitan a los responsables, en los distintos niveles, organizar adecuadamente las cargas de trabajo y las prioridades, detectando bolsas o puntas (estacionales, coyunturales e incluso estructurales), y reasignar los recursos necesarios, buscando eso sí, un equilibrio entre la dirección-coordinación y la autonomía de cada área, pero en todo caso dirigido a la minoración y progresiva reducción de los costes de ineficiencias. De sobras es conocida la máxima de que cada uno tiende a hacer durar aquellas tareas que más le gustan.

Para diseñar el cuadro de mando, deberán definirse las necesidades de información a distintos niveles, siguiendo el siguiente esquema:

- a) De arriba abajo
"Seleccionar la información estrictamente estratégica"
- b) Enfocar el futuro
"No limitarse únicamente a analizar el pasado"
- c) Integrar información
"Conocer el entorno y los competidores y sus ventajas competitivas".
- d) Centrarse en lo principal.
"No perderse en información innecesaria no estratégica".

Toda la información ha de ser tratable diariamente y debe poderse cruzar, agrupar e individualizar a la vez, integrando actividades, resultados y seguimiento técnico de la gestión de siniestros y de profesionales.

Asimismo deberán definirse los indicadores o ratios a controlar en cada nivel, siguiendo las siguientes pautas, con criterios de mínimos:

- Que tenemos ahora
- Que nos gustaría tener.
- Seguimientos de flujos integrados.

Gráfico 11. Cuadro de mando



El cuadro de mando debe permitir el seguimiento y la evaluación de la gestión, de forma que sea una herramienta de constante análisis, identificación, cuantificación y toma de decisiones en aquellas áreas de impacto que presenten desviaciones sobre el estándar preestablecido. Para ello será preciso definir las áreas de impacto a incluir, y en cada una de ellas a su vez definir también el *ratio 1 óptimo*, para poder diseñar los indicadores, adaptados a la estrategia de la entidad, que nos permitan observar las desviaciones o déficits de la gestión. Si los indicadores no repercuten en la organización de la gestión, no son válidos como tales.

El cuadro de mando deberá contemplar el seguimiento (mínimo) sobre:

- ✓ Reducción de costes de indemnización por:
 - Tipologías de lesiones.
 - Clases de vehículos.
 - Clases de accidentes.
- ✓ Reducción de costes de gestión.
 - De gestión de redes y servicios externalizados.
 - De asistencia sanitaria.
- ✓ Rapidez en la gestión (entradas y salidas).
- ✓ Número adecuado (no confundir con número mínimo) de personas que permita funcionar con normalidad en cada área de gestión.

- ✓ Evitar las distracciones organizativas.

La gestión del conocimiento:

Por considerarla un elemento básico e imprescindible de la actual gestión de siniestros la incluimos en esta apartado, ya que es esencial para poder gestionar equipos altamente especializados en busca de la máxima eficacia.

La gestión del conocimiento debería establecerse para distintos niveles: mandos, tramitadores especialistas y personal de segundo nivel, enfocándola a la adquisición de conocimientos necesarios por funciones y tareas, diseñando mapas de contenidos de formación que contengan los objetivos específicos, la metodología, los recursos y las instrucciones sobre:

- Los entornos específicos.
- El producto.
- El siniestro y las distintas tipologías, fases y tareas.
- Los sistemas de gestión.
- Políticas de la empresa.
- Los sistemas y procesos judiciales.
- La asistencia sanitaria.
- Técnicas de atención a clientes
- Técnicas de negociación.

2.3 La Gestión Judicial

En este apartado, nos limitaremos a establecer los principios y criterios que debe tener en cuenta una aseguradora, sin profundizar en los propios procedimientos, por no ser éste el objeto del trabajo, y se presenta una propuesta de armonización del acceso a la jurisdicción específicamente en lo que se refiere al Derecho de la Circulación.

Uno de los hechos sociales más relevantes en la vida moderna son los accidentes de tráfico, cuya repercusión macro-económica en la vida diaria es altamente gravosa para la administración pública, no solo para la médico hospitalaria, sino también para la de la Justicia, administración a la que acudirán todos los perjudicados que no vean satisfechos o resarcidos sus derechos.

Al efecto, en nuestro sistema conviven dos jurisdicciones a las que los lesionados y/o perjudicados de tráfico pueden acudir, de forma electiva, para la tutela y reconocimiento de sus derechos: la Penal y la Civil.

El “proceso” judicial es la forma a través de la que los ciudadanos y las personas jurídicas interesan la “*tutela judicial*”, esto es, solicitan del Poder Judicial (jueces y tribunales) les reconozca y reintegre en sus derechos vulnerados, de ahí su importancia, como cauce conocido e igual por y para todos para la aplicación del derecho al caso concreto.

Aunque hay que decir que la gestión judicial de siniestros, debe ser el último objetivo de la aseguradora como política de resolución de siniestros.

Estamos en una sociedad que debe tender a resolver sus conflictos mediante el pacto, y no mediante el pleito.

El modelo de gestión judicial que se diseñe, debe enmarcarse dentro de ese *entorno* específico, *cambiante* y *complejo* a la vez, que nos aporta *incertidumbre* sobre los resultados, y por ende sobre los costes finales, añadidos a los costes de la propia gestión judicial.

Los recursos de las aseguradoras frente a estos entornos son:

- Innovación y gestión del cambio
- Importancia estratégica del conocimiento
- Nuevas técnicas y sistemas de gestión.

El nuestro es un sistema complejo. En efecto, conviven dos jurisdicciones a las que los lesionados de tráfico pueden acudir, de forma electiva, para la tutela y reconocimiento de sus derechos: la Jurisdicción Penal y la Jurisdicción Civil.

La Vía Penal:

El acceso a la jurisdicción penal puede ser de oficio o por denuncia de los perjudicados. Cuando el daño derive de una conducta tipificada como delito (Ej ... delitos contra la seguridad del tráfico, conducción temeraria, Imprudencia grave con resultado de muerte o con resultado de lesiones, omisión de socorro...) es el Estado quien de oficio abre la jurisdicción penal.

Cuando la conducta sea tipificada como falta (Imprudencia grave con lesiones –Art. 621.1, 2 y 4 del Código Penal-, o imprudencia leve con lesiones – Art- 621.1,3 y 4 C. Penal-), será preciso denuncia del perjudicado.

El plazo para interponer denuncia es de 6 meses (Art. 131.2 del Código Penal) desde la fecha del accidente (plazo improrrogable).

El primer anacronismo que supone una gran dificultad para el asegurador, es que en el plazo de 3 meses tiene que consignar y aunque la Ley prevé (Disposición Adicional Decimotercera de la LEC), que se consigne ... *en el Juzgado competente en primera instancia para conocer del proceso que se derivase del siniestro.....*, muchos son los juzgados, que ante la ausencia de denuncia del perjudicado no aceptan esta consignación, dejando en absoluta indefensión a la aseguradora.

El segundo problema es que la mayor parte de las lesiones sanan antes de los 6 meses, y como sea que en la vía penal es preciso informe del forense, se dará la paradoja que éste deberá emitir su informe pericial sin haber podido hacer un seguimiento de la evolución de las lesiones, por lo que es un informe que en general adolecerá de falta de pruebas para comprobar los datos y sus conclusiones médico legales serán cuando menos discutibles, cuando no impugnables. El legislador ha abierto (y no corregido), una espita que permite un “juego diabólico” especulativo en busca de intereses y de dificultar la correcta valoración (peritación) médico forense.

La comisión de un delito o falta, es fuente generadora de obligaciones civiles si se produce daño. Por ello nuestro ordenamiento permite ejercitar conjuntamente la acción civil y la acción penal en un mismo procedimiento (arts.109.1 y 116 CP), fundamentada dicha acumulación en la economía procesal. Pero...también permite la reserva de acciones, así el art. 109.2 del C. Penal establece que :

...” *El perjudicado podrá optar, en todo caso, por exigir la responsabilidad Civil ante la jurisdicción **Civil***”.

¿Que sucede en realidad? Pues que el perjudicado acude a la vía penal y si el informe forense no “le favorece”, (el informe forense es “gratis”) hace la

oportuna reserva de acciones para reclamar por la vía civil, a la cual el informe forense no vincula, y a la que la figura del forense no tiene acceso.

Como vemos son muchas las circunstancias e inconvenientes que permiten un juego “no limpio” del que a veces se abusa, contraviniendo al art. 7 del Código Civil, que nos dice

...” 1- Los derechos deberán ejercitarse conforme a las exigencias de la buena fe.
2- La ley no ampara el abuso del derecho...”.

Otra cuestión no baladí, y de interpretaciones diversas por nuestras Audiencias, es la polémica respecto a la consideración como parte de las entidades aseguradoras, en función del Art. 764.3 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, cuando indica que las aseguradoras...”*No podrán ser parte del proceso...*”. No nos extenderemos en consideraciones metajurídicas en cuanto entiendo que no puede haber polémica.... El Art. 117 del Código Penal (Ley Orgánica), define con rotundidad como “responsables directos” a los aseguradores tanto voluntarios como obligatorios. No considerar como parte al responsable directo, es una vulneración del derecho a la tutela efectiva del Art. 24 de la Constitución Española, y se trata de un derecho fundamental de carácter subjetivo y constituye un elemento de trascendental importancia en el sistema jurídico (Sentencia Tribunal Constitucional de 7 de Junio de 1984), el derecho a un proceso con todas las garantías y al uso de los instrumentos que en él se proporcionan para la defensa de los propios intereses.

Creemos que hay argumentos suficientes como para plantearse una reforma profunda del acceso, plazos, procedimiento pericial, y en definitiva, indicar que si se escoge una vía, salvo por razones de inexistencia de tipicidad, u otras causas estrictamente procesales, no pudiera quedar a elección del perjudicado traspasar su reclamación de una vía a otra por la simple conveniencia de un informe no favorable.

Debería arbitrarse un sistema de acceso a la jurisdicción electivo para el perjudicado, sea vía penal, sea vía civil, pero de tal forma que una vez escogida una, lo fuera a todos los efectos, sin posibilidad de que una vez iniciada la vía penal, no pudiera hacerse expresa renuncia a la misma en función de si el informe forense o policial conviene más o menos. Ello a salvo naturalmente que se procediera de oficio al archivo o se dictara una sentencia penal absolutoria.

E incluso, en estos casos, el informe forense debería extender sus efectos en la nueva vía civil que pudiera ejercitarse.

La introducción de Juicios Rápidos y del Juicio Inmediato de Faltas (Ley Orgánica 8/02 y Ley 32/02), ambas de 24 de Octubre de 2002, produce una reforma en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, enfocada a agilizar los procedimientos penales y dotarles de mecanismos de aceleración, por lo que se introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo proceso

especial para “enjuiciamiento rápido” de determinados delitos, modifica el régimen jurídico del procedimiento abreviado y del juicio de faltas y otorga un tratamiento singular a la figura de la “conformidad” para el acusado.

El Juicio Rápido, con instrucción concentrada ante el Juzgado de Guardia, comporta un cambio en la manera de actuar ante el orden jurisdiccional penal. Se trata en todo caso de hechos punibles en que la Policía Judicial ha detenido a una persona y la pone a disposición del Juzgado de Guardia, o aun sin detenerla, la ha citado para comparecer ante el Juzgado de Guardia en calidad de denunciado en el atestado policial.

La reforma afecta también al Juicio de Faltas, posibilitando el juicio inmediato de faltas.

Así, los actuales procedimientos penales son:

- Tradicionales:
 - Juicio de Faltas
 - Procedimiento Abreviado
- Nuevo sistema de Juicios Rápidos:
 - Juicio Inmediato de faltas
 - Juicio Rápido de delitos

La resolución de los procedimientos penales puede concretarse en:

1- Que el procedimiento finalice con sentencia absolutoria, pudiendo entonces dar lugar a las siguientes situaciones:

- Se dictará Título Ejecutivo según el Art. 10 de la LRCSCVM, que será ejecutable ante la jurisdicción civil.
- El perjudicado puede prescindir del Título Ejecutivo, para acudir directamente al ejercicio de la acción civil.
- Una sentencia absolutoria no constituye cosa juzgada para acudir a la vía civil, excepto en el único caso que el juez penal declarase la inexistencia del hecho.

2- Que el procedimiento finalice con sentencia condenatoria:

- En este caso, independientemente del derecho a los recursos que procedan, si que adquiere el carácter de cosa juzgada, una vez la sentencia adquiera firmeza.

La Vía Civil:

Consciente el legislador las carencias de las que adolecía nuestra justicia civil, (lentitud, complejidad e ineficacia), ha establecido medidas dirigidas a agilizar y simplificar el proceso civil (nuevo diseño del sistema de recursos; simplificación de los trámites procesales al reducir los procesos ordinarios y especiales etc.).

En efecto, la nueva Ley de Enjuiciamiento civil, (Ley 1/2000), en vigor desde el 8 de enero de 2001, ha supuesto un cambio legislativo de gran envergadura, con gran trascendencia en la gestión de siniestros, obligando a todos los operadores jurídicos a un cambio absoluto de mentalidad y de maneras de proceder.

El proceso civil es además el básico y primario de todo el marco procesal, dirigido a la solución de los conflictos entre los particulares, en sus relaciones mutuas de índole particular. El resto de procedimientos judiciales existentes, laboral, contencioso-administrativo, y otros, dirimen conflictos específicos por razón de su materia, a los que de forma subsidiaria se les aplica en mayor o menor medida la LEC, de ahí la importancia de la reforma indicada.

En este estudio nos centramos solo en destacar los aspectos más significativos:

- Es una ley que persigue que el actor vea reconocidos sus derechos a salvo de obstáculos procesales. El demandado debe centrarse en los hechos y en las pruebas.
- Apuesta decididamente por el principio de la buena fe, estableciendo mecanismos suficientes para la tutela de tal propósito, como podemos ver por ejemplo en el Artículo 247, (además de muchos otros), cuyo título reza:

Art. 247: Respeto a las reglas de la buena fe procesal. Multas por su incumplimiento

Creemos que este es quizás el mayor cambio de mentalización que se nos pide...y al que adecuar las políticas de gestión, obligación que se extiende a todos los operadores jurídicos, ya que además puede tener consecuencias por su incumplimiento.

- Pretende acortar plazos y trámites.
- Aboga por la calidad de las sentencias de Primera Instancia y apuesta por la eficiencia judicial.
- Se consagran los principios de inmediatez, concentración y oralidad, con presencia del Juez en todos los actos.
- Acortamiento de determinados plazos procesales.

Los plazos se cuentan por días hábiles. Son días hábiles todos los del año, a excepción de los domingos, los días de fiesta nacional y los festivos a efectos laborales en la respectiva Comunidad Autónoma o localidad. Son inhábiles los días del mes de agosto.

Los plazos comienzan a correr desde el día siguiente a aquél en que se hubiere efectuado el acto de comunicación; y que, en el plazo, se contará el día de su vencimiento, que expirará a las veinticuatro horas.

Los plazos son cortos, la actuación debe ser ágil.

- Desaparición del anterior Juicio Verbal del Automóvil:
 - Los actuales procedimientos civiles han quedado reducidos a dos:
 - Demandas hasta 3.000 Euros, Nuevo Juicio Verbal
 - Demandas superiores a 3.000 Euros, Juicio Ordinario
- Siempre es preceptiva la asistencia con Abogado y Procurador (excepto en las demandas de cuantía inferior a 900 Euros).
- Representación: Por las personas jurídicas comparecerán quienes legalmente les representen (los abogados deben tener poderes de representación).
- Con la demanda deben presentarse los informes periciales.
- En el Juicio Ordinario, se articula el trámite de Audiencia Previa, en la que se determinará el “objeto” del proceso y las pretensiones de las partes, proposición de pruebas, etc... Es decir, en esta importantísima fase, se prepara el juicio.
- La Audiencia Previa y el Juicio serán grabados y filmados.
- Plazo de 20 días para dictar sentencia.
- Para apelar sentencias condenatorias de indemnizaciones derivados de la circulación de vehículos a motor, será necesario (como antes), el previo depósito del principal más intereses.
El depósito o consignación podrá hacerse también mediante aval solidario de duración indefinida y pagadero a primer requerimiento o por cualquier otro medio que a juicio del tribunal garantice la inmediata disponibilidad.
- Causas limitadas para el acceso a recurso casacional.
- Introduce un cambio revolucionario, cual es el de la “ejecución provisional”, por la cual el apelado podrá pedir y obtener la ejecución provisional de sentencias.

- Nueva regulación del Juicio Ejecutivo
- Nueva regulación de las consignaciones judiciales, que posibilita que la consignación pueda efectuarse:
 - En dinero efectivo.
 - Mediante aval.
 - Por cualquier otro medio que a juicio del tribunal garantice la inmediata disponibilidad.

En la vía Civil, como sea que sea que rige el principio de justicia rogada, la estrategia procesal queda supeditada al contenido y pretensiones de la demanda. El asegurador debe centrar su actuación en el estudio de las pruebas de que disponga para la objetivación de los hechos y las consecuencias dañosas de los mismos, y desde luego también en aquellas cuestiones de índole procesal que convengan a la defensa de sus intereses legítimos.

Común (Penal y Civil)

La gestión judicial de siniestros, debe ser el último objetivo de la aseguradora como política de resolución de siniestros.

El asegurador debe centrarse en el estudio de las estrategias, a través de la red de abogados y de la Asesoría. La estrategia se despliega durante la gestión del siniestro, y siempre antes del juicio., entendiéndose por estrategia la coordinación dirigida al logro de un fin o efecto deseado, del conjunto de tácticas, informaciones, jurisprudencia, reflexiones, hechos y pruebas que se habrán ido aportando durante la gestión, sumados al “buen hacer” y conocimientos del entorno específico tanto del tramitador del siniestro como de los profesionales en los que apoyará la gestión.

Durante la gestión, ya se ha tenido que estar trazando una estrategia inteligente para el momento en que el siniestro sea sometido a la prueba de fuego del procedimiento judicial en aquellos casos que no se hubiera podido resolver de otro modo. Por supuesto, toda estrategia operativa quedará supeditada a la Estrategia general que diseñará la Dirección de Siniestros, y que sustentándose en los principios de juego limpio y buena fe, debe orientar la gestión judicial hacia:

- Fijar claramente los objetivos.
- Hacer un análisis pormenorizado de la cadena de decisiones y alternativas según se produzcan resultados parciales.
- Estudio de costes de medios en función del objetivo fijado.
- Huir de victorias pírricas.

- Basarse en hechos y pruebas objetivas.
- No judicializar los asuntos innecesariamente.
- Estudio de nuevas vías de solución de conflictos.
- No recurrir más que lo estrictamente necesario.
- Cumplir los plazos y requisitos procesales.
- Transparencia hacia el juzgador y las partes.
- Argumentar debidamente aquello que se solicite.

2.4 El Fraude

Objetivo:

Reducir el importe final de la siniestralidad, para lo cual la gestión del Fraude debe estructurarse de forma eficiente, dotando los recursos y medios necesarios, y enfocarla tanto a la detección “ex post”, como a evitarlo mediante la “disuasión”.

Según ICEA ⁽¹⁵⁾, el fraude más frecuente en Automóviles y especialmente en la cobertura de daños corporales, es el “*siniestro simulado*”.

Para que la acción sea realmente eficaz, es necesaria una estructuración de la actividad de detección y de la gestión, dada la extraordinariamente compleja casuística en el caso de lesiones.

El fraude puede iniciarse con los hechos e irse ampliando a través de la intervención de terceros ajenos a los hechos en sí mismos, o incluso puede darse fraude cuando partiendo de unos hechos reales, se simula o magnifica la gravedad de las lesiones.

Fraude, definición:

De acuerdo con la definición utilizada en las Bases de los Concursos Sectoriales de Detección de Fraudes (ICEA), podría definirse el fraude como:

Toda acción u omisión ilegítimas por parte de los intervinientes en un siniestro, tendentes a obtener un beneficio propio o favorecer a un tercero.

Las tentativas de fraude pueden ser muy variadas, pero todas tienen un denominador común: El falseamiento de datos, sea en las circunstancias del accidente, sea en la simulación o magnificación de lesiones, o bien sea en la contratación. La finalidad también es común: **Obtener una indemnización que no correspondería.**

Detección del fraude:

Para una eficaz detección de Fraude, las entidades deberán disponer de una metodología preestablecida en sus sistemas de gestión:

⁽¹⁵⁾ X Concurso de detección de fraudes en seguros (2003)

1. Alertas automáticas en los procesos de gestión de siniestros.
2. Alertas manuales detectadas por los tramitadores de siniestros, a través de percepciones propias distintas de las alertas automáticas.
3. Detección a través de las redes periciales.
- 4- Sistemas inteligentes que localicen indicios a partir de la experiencia acumulada en la propia entidad aseguradora.

En este campo, y dada su importancia en los resultados de la gestión, destacamos la labor que están llevando a cabo las Doctoras Montserrat Guillén Estany y Mercedes Ayuso Gutiérrez, en cuanto a técnicas utilizadas para la detección del fraude y alertas en los sistemas de gestión,⁽¹⁶⁾ lo que ha llevado a la concesión el VII Premio Ferran Armengol i Tubau (2003), de la Societat Catalana D'Economía, y a que sus sistemas ya se hayan visto implementados en algunas importantes Entidades Aseguradoras.

Tipología de fraude en Daño Corporal:

En daño corporal, la casuística que viene dándose es tan amplia, que la estructuraremos en unos pocos ámbitos, y dentro de cada uno de ellos, los codificaremos para después poder disponer de datos estadísticos que nos permitan hacer las reestructuraciones y adecuaciones de medios y de sistemas necesarios.

1-En la suscripción:

Suscripción de póliza con siniestro preexistente, y falseamientos de fechas y datos (matrículas, conductores, etc..).

2- En los hechos:

⁽¹⁶⁾ Ayuso, M. (1999) El Fraude en el Seguro del Automóvil: Cómo Detectarlo, Cuadernos de la Fundación Mapfre Estudios, nº 47, Madrid:

Ayuso, M. y Guillén, M. (2003) El Fraude a l'Assegurança d'automòbil (VII Premi Ferran Armengol i Tubau), Societat Catalana d'Economia, Barcelona

Guillen, M. (2004) "Fraud in Insurance", in Encyclopedia of Actuarial Science, B. Sundt and J. Teugels, eds. Oxford: John Wiley & Sons.:

Ayuso, M., Guillen, M. and Artís, M. (1999) "Técnicas cuantitativas para la detección del fraude en el seguro del automóvil", Anales del Instituto de Actuarios Españoles, 5, 51-83.

Artís, M., Ayuso, M. and Guillen, M. (1999) "Modelling different types of automobile insurance fraud behaviour in the Spanish Market", Insurance: Mathematics and Economics, 24, 1-2, 67-81.

Ayuso, M. and Guillen, M. (1999) "Modelos de detección de fraude en el seguro de automóvil", Cuadernos Actuariales, 8, 135-149.

Artís, M., Ayuso, M. and Guillen, M. (2002) "Detection of automobile insurance fraud with discrete choice models and misclassified claims", Journal of Risk and Insurance, 69, 3, 325-340.

2-1 Connivencia asegurado-contrario. Falseamientos de la declaración para “hacer un favor” a un tercero con el fin de obtener una indemnización., alterando versiones, fechas, etc..

2-2 Modificación de la fecha real de siniestro para darle cobertura.

2-3 Cambios de vehículo, de conductores, ocultación de circunstancias (no excluyentes frente a terceros, pero si objeto de posible repetición) ...alcoholemia, competiciones deportivas, conductor habitual no declarado, no tiene permiso de conducir o no es válido...

2-4 Falsa declaración de siniestro (se declara como accidente de circulación) con resultado de lesiones para cubrir cualquier otro tipo de accidente (generalmente de tipo laboral). Lesiones producidas intencionadamente por el propio beneficiario. Simulaciones de golpes (peatón) con-tra el vehículo asegurado, de lesiones de los ocupantes, sin colisión (frenazo, maniobra brusca..) Suelen ser lesionados “muy reivindicativos”.

2-5 Participación en competiciones deportivas.

3- En la simulación o exageración del resultado lesional:

Simulación, magnificación, lesiones o enfermedades preexistentes que se añaden a las del siniestro, sin nexo causal.

4- En la Asistencia Sanitaria:

Tratamientos “abusivos” o desproporcionados respecto al daño sufrido.

El ámbito de la Asistencia Sanitaria, es de una especificidad tal, que en este trabajo solamente se enuncia, pero sin desarrollarlo

Organización de la gestión del fraude:

La gestión del fraude debería establecerse como una gestión diferenciada y autónoma destinando equipos de tramitadores expertos, que se constituyan como el eje pro-activo y únicos responsables que coordinen la actuación de los equipos externos, para los cuales deberá definirse de la forma más concreta posible sus distintos niveles de intervención:

- Redes periciales.
- Letrados
- Investigadores de causas y de fraudes.

Tabla 11 NIVELES DE INTERVENCIÓN POR CAUSAS Y TIPOLOGÍA		
Perito Daños	Relacionar situaciones que requieran su intervención.	1-Determinar para cada situación su grado de intervención.
Perito Médico		2- Relacionar si precisa interconectar con intervención de otros profesionales. 3- Determinar niveles de intervención. 4- Determinar acciones específicas según casuística. 5- Establecer grados de especialista médicos según tipologías de lesiones.
Abogados	Su intervención se centrará básicamente el asesoramiento sobre las cuestiones legales y procesales, por lo que deberá estar perfectamente informado de la situación del siniestro y de las investigaciones y el resultado de las mismas.	
Investigadores	Establecer situaciones y tipologías de siniestros que "ab initio" ya requieran sistemáticamente la necesidad de ser investigados	6- Predeterminar que tipo de investigación y cual es su coste, para cada casuística y tipología.

Para cada nivel de intervención se editará una normativa-guía de actuación, de forma que según cual sea el origen, la tipología y los intervinientes en el fraude, puedan estar preestablecidos los mecanismos y actuaciones que procederá poner en marcha, para una eficaz gestión del fraude.

Sistemas de control del fraude:

Debemos disponer un sistema basado en controles de indicadores poder hacer los oportunos seguimientos y explotaciones de resultados.

Los indicadores deben reflejar los resultados de los ahorros, de forma complementaria y opuesta al gasto incurrido para la obtención de dichos resultados, haciendo hincapié en las acciones desplegadas para evitar el fraude:

1- Por autorías del fraude.

2- Por el origen:

En La suscripción.

En los hechos.

En la simulación o exageración del resultado lesional.

En la gestión de Asistencia Sanitaria.

3- Indicadores de Costes.

La correcta codificación del fraude nos debe permitir conocer y analizar en número y en importe los resultados:

- Fraudes detectados.
- Importes reclamados.

- Pagos realizados.
- Fraude evitado (ahorro bruto).
- Gasto en investigaciones:
 - % sobre importes reclamados.
- Ahorro Neto:
 - % sobre importes reclamados.

Gráfico 12
Control de indicadores (modelo)

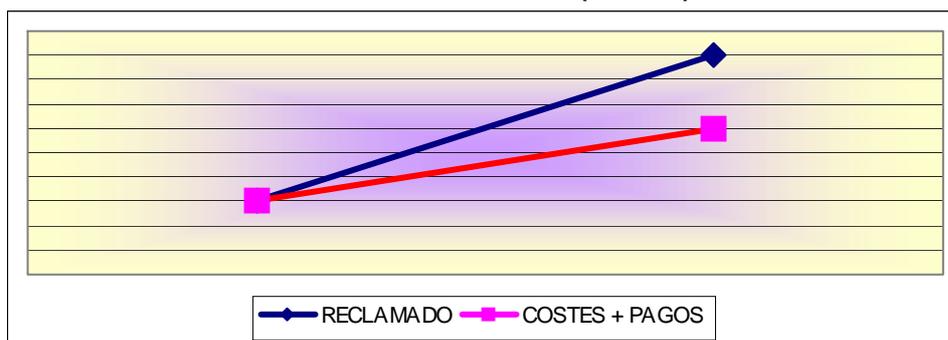


Tabla 12
Datos del Sector (2.003). ICEA ⁽¹⁷⁾, Daños Materiales y Daños Corporales:

DATOS ECONÓMICOS GLOBALES (EN MILLONES €)	
Coste Inicial (Total reclamado)	143,4
Cantidades efectivamente pagadas	29,5
Ahorro Bruto	113,8
Gastos de Investigación	2,1
Ahorro Neto	117,7

Rentabilidad de la Inversión = 54 Euros por cada euro invertido.

Posibles decisiones y actuaciones del asegurador:

Una vez determinado que se trata de un fraude, las posibles opciones son:

- Querrela contra el Asegurado./Perjudicado/ Cualquier otro partícipe.
- No pago del siniestro y recuperación de gastos incurridos
- Repetición frente al Asegurado./Perjudicado/ Cualquier otra persona partícipe.

⁽¹⁷⁾ ICEA. X Concurso de detección de fraudes en seguros.

Aunque se refieren sólo a datos de 21 entidades que representan el 30,6% de la facturación del sector

El fraude, una categoría de delito de estafa del Art. 248.1 del C. Penal:

El Asegurador, tradicionalmente venía conformándose con “haber evitado el Fraude” Pero la conducta consistente en:

...cuando con ánimo de lograr un enriquecimiento injusto a través de la indemnización que se espera conseguir de la aseguradora, se procura intencionadamente la ocurrencia del siniestro, se simula una situación concreta y/o ocultan datos esenciales, bien sea por actuación del propio asegurado, del perjudicado o de terceras personas ... Está tipificada como delito en el artículo 248.1 del Código Penal, y por tanto merece el reproche penal correspondiente.

248-1 Comenten estafa los que, con ánimo de lucro, utilizaren engaño bastante para producir error en otro, induciéndolo a realizar un acto de disposición en perjuicio propio o ajeno

Los elementos que conforman el “tipo penal” son:”

- Ánimo de lucro.
- Conducta engañosa.
- Relación causal (acto de disposición).
- Resultado (perjuicio patrimonial efectivo).

El fraude, para que merezca la categoría de delito, debe probarse como tal, y en daño corporal no resulta fácil cuando hablamos de simulaciones o magnificaciones, o simplemente de reclamaciones en base a manifestaciones subjetivas tales como “me duele”. No obstante, abogamos para que desde todos los ámbitos se endurezca la acción sobre los defraudadores, y esto corresponde tanto a las aseguradoras en la obtención de los datos y pruebas de forma lícita y ética, como a muchos otros operadores:

Aseguradores: Poniendo los hechos en conocimiento de la justicia.

Forenses: Alertando al Juez cuando observen conductas o informes de parte susceptibles de formar parte del tipo penal, toda vez que la actuación del forense en las actuaciones penales son actos de investigación que tienden a fijar los hechos y determinar los sujetos y las consecuencias para el establecimiento de la pretensión punitiva.

Peritos Médicos: A quienes debe pedirse objetividad y veracidad, estando también tipificada penalmente su posible actuación en la emisión de informes dirigidos a la obtención de esa indemnización “que no corresponde”. Aunque exista la dificultad a veces de poder diferenciar entre mala actuación (que comportaría en todo caso una responsabilidad civil por su parte), o fraude.

Jueces: Mayor sensibilización y decisión para la aplicación del derecho punitivo ante las evidencias debidamente probadas, tanto sea de estafa perpetrada como de la del delito en grado de tentativa.

2.5 La acción directa y el Derecho de repetición de las Aseguradoras.

Frente a la tradicional doctrina que atribuía al seguro de responsabilidad civil el designo de ser instrumento de protección del asegurado, se ha ido configurando con fuerza otra de signo distinto, que culmina con el Art. 76 L.C.S., al consagrar la acción directa del perjudicado contra el asegurador, acción que es inmune a las excepciones personales que éste pueda tener frente al asegurado.⁽¹⁸⁾

La acción directa a favor del perjudicado, goza de ese refrendo legal claro y absoluto, sancionado con una reiterada jurisprudencia. A tenor del Art. 76 citado, el perjudicado o sus herederos tendrán acción directa contra el asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación...lo cual supone que el contrato de seguro expande sus atenciones y propósitos, y a la vez que provee a los intereses de las partes implicadas en el negocio jurídico que le da vida, sensible a exigencias de cariz social, proyecta sus efectos sobre el perjudicado, que ha dejado de ser para el asegurador un tercero indiferente.

Pero esta no es una acción “en blanco” que el perjudicado tenga contra el asegurador, sino que como requisito necesario, para que la misma tenga éxito ha de existir un derecho de crédito frente al asegurado.

Por ello, algunos autores se plantean como una reforma necesaria, que incluso para evitar situaciones de connivencia o incluso de fraude de ley, debería establecerse la obligatoriedad de tener que demandar conjuntamente al asegurado y al asegurador, de forma que si bien hay que entender la acción directa como una acción “privilegiada”, lo que no parece muy operativo es que goce de dos acciones, una contra el asegurado y otra contra el asegurador, por lo que proponen que se establezca una especie de “*solidaridad pasiva impropia*” ya que existe una única obligación que tiene una sola fuente, cual es la unidad de prestación con el único objetivo de resarcir al perjudicado (en el caso de que exista cobertura) entre asegurado y asegurador, en cuanto éste ocupa la posición del asegurado mediante el contrato de seguro (Art..1 LCS) y que es la esencia del aseguramiento.

Sería deseable que en la próxima reforma de la LEC, se estableciera que en cuanto al ejercicio de la acción directa los acreedores y deudores (asegurado y/o asegurador) estuvieran ligados por unos mismos plazos y condiciones.

⁽¹⁸⁾ Artículo 76 LCS : *El perjudicado o sus herederos tendrán acción directa contra el asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar, sin perjuicio del derecho del asegurador a repetir contra el asegurado, en el caso de que sea debido a conducta dolosa de éste, el daño o perjuicio causado a tercero. La acción directa es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador contra el asegurado. El asegurador puede, no obstante, oponer la culpa exclusiva del perjudicado y las excepciones personales que tenga contra éste. A los efectos del ejercicio de la acción directa, el asegurado estará obligado a manifestar al tercero perjudicado o a sus herederos la existencia del contrato de seguro y su contenido.*

No obstante la dicción del Art. 76, en el que se declara tal inmunidad respecto a las excepciones que puedan corresponder frente al asegurado, no significa que el contrato haya perdido su carácter privado, y por tanto si que sería oponible, lo que se pueda referir a:

1. Los límites de la obligación del asegurador (legales o contractuales en lo que afecte al seguro voluntario) ⁽¹⁹⁾
2. Las cláusulas contractuales delimitadoras del riesgo. ⁽²⁰⁾
3. El impago de la prima, siempre que ésta haya dado lugar a la extinción de la relación contractual, en cuanto que de la naturaleza del contrato en suspensión a que da lugar el Art. 15 LCS, determinará si hay o no hay cobertura.
4. Amen de otros muchos interrogantes que el redactado confuso de dicho artículo plantea sobre la defensa de que pueda valerse la aseguradora cuando el perjudicado ejerza una acción directa, en cuanto ninguna definición (ni indiciaria siquiera) se hace sobre lo que pudiera entenderse como “excepciones personales”, y ello no deja de crear inseguridad jurídica.
5. El Art. 76, incluye como una excepción personal frente al tercero, *la culpa exclusiva* de éste, cuando en realidad no se trata de una excepción personal propiamente, sino una intervención absoluta en el nexo causal que siempre liberará de responsabilidad no solo al asegurador, sino al propio asegurado.

Sea como fuere, la necesidad de una acción directa privilegiada como ésta no es discutible, ya que para el buen tráfico jurídico, el legislador ha previsto que el asegurador pueda resarcirse de las consecuencias de no haber podido oponer las excepciones personales del asegurado frente al tercero, a través de un instituto quizás aún no demasiado utilizado por las aseguradoras, por un mal entendido miedo a la “mala imagen”, y que se nos antoja un medio muy eficaz para la mejora de los costes siniestros, sin que éstos deban ir a cargo siempre de los perjudicados. Se trata de la acción de repetición o de regreso.

La acción de repetición en el seguro de Responsabilidad Civil del Automóvil:

Ante la regulación garantista respecto a los perjudicados, del Seguro de Responsabilidad del Automóvil (Acción directa del Art. 76 LCS, sin posibilidad de que el asegurador oponga excepciones personales que tuviera frente a su

⁽¹⁹⁾ Art. 76 LCS

⁽²⁰⁾ El T. Supremo en Sentencia de 21-9-87 (penal), se manifiesta en este sentido entendiendo que el tercero no puede hacerse de mejor condición que el asegurado. Y de la misma línea la STS (Civil) de 10-6-91

asegurado) y la aún más garantista del Art.1 de la LRCSCVM, como necesidad social ante el incremento de la accidentabilidad del automóvil, era necesario que a la vez que la víctima se viera protegida, la aseguradora como responsable civil directa pudiera a su vez en determinados supuestos ejercer un derecho de repetición ante situaciones que en principio no deberían verse cubiertas por un seguro de Responsabilidad Civil, salvo cuando se trata de un Seguro de Suscripción Obligatoria, de amplia cobertura frente a las víctimas de este riesgo socializado, como es el de la circulación. ⁽²¹⁾

A su vez las Directivas 84/5 y 90/232 de la C.E., abonan esta protección “a ultranza” de las víctimas, al disponer que hay tres tipos de cláusulas que no pueden ser invocadas frente a las víctimas:

- 1- La utilización o conducción del vehículo por personas que no estén expresa ni implícitamente autorizadas para ello.
- 2- Por personas no titulares de un permiso que les habilite para conducir el vehículo.
- 3- Por personas que no cumplan las obligaciones legales de orden técnico, referentes al estado y seguridad de los vehículos.

Sentado lo anterior, debemos indicar que el derecho de repetición ya se contempló en la Ley 122/1962 y en la actualidad se halla recogido en el Art. 7 de la Ley Sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, en su redacción dada por la D.A. Octava de la Ley 30/95 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y que desarrolla el Art. 15 del Reglamento (RD 7/2001)

Condiciones para que pueda ejercitarse la acción -Art. 15 Reglamento:

A- Que la indemnización haya sido pagada

Bien de una forma obligada mediante resolución judicial, bien de forma voluntaria al indemnizar una víctima o perjudicado en vía transaccional. La transacción no empece la repetición.

B- Plazo de un año para ejercitarla

Desde que se hizo el pago al perjudicado.

(Es un plazo de prescripción, que puede ser interrumpido).

C- La Aseguradora no está relevada de la carga de probar la concurrencia y existencia de elementos constitutivos de la acción de repetición.

⁽²¹⁾ El seguro es el antídoto del riesgo, no es un refugio blindado, que cubre siempre. Rafael Jiménez de Parga. (S'Agaró Junio de 2000)

Supuestos y presupuestos:

Un detallado análisis del Art. 15 del reglamento, nos indica en que supuestos y frente a quienes puede ser ejercido este derecho que asiste a las aseguradoras.

El buen hacer y las mejores prácticas que puedan las organizaciones estructurar en este campo, darán resultados que permitan una mejora del coste siniestral.

Como veremos, las casuísticas en que la aseguradora puede ejercer este derecho de regreso, son lo suficientemente amplias y frecuentes, como para que se planteen tener departamentos expertos y letrados experimentados, y sobre todo no reparar en los gastos de investigación (asignatura aún no entendida lo suficientemente), puesto que para poder repetir con éxito, hay que poder probar.

¿Quieres derecho?, ...dame hechos. Esta máxima tan sencilla, simple, aparentemente fácil de aplicar aún no ha tomado el cuerpo suficiente en el seguro español, que pierde importantes ocasiones de mejora de sus resultados por no dedicar recursos suficientes a costes de oportunidad que luego revertirán con creces.

RD 7/2001 Art. 15

1-El asegurador del seguro de suscripción obligatoria, una vez efectuado el pago de la indemnización, podrá repetir:

- a) *Contra el conductor, el propietario del vehículo causante y el asegurado, si los daños materiales y personales causados fueren debidos a la conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.*
- b) *Contra el conductor, el propietario del vehículo causante y el asegurado, si los daños materiales y personales causados fueren debidos a la conducta dolosa de cualquiera de ellos.*
- c) *Contra el tercero responsable de los daños.*
- d) *Contra el tomador del seguro o asegurado por causas previstas en la Ley de Contrato de seguro y en el propio contrato, sin que pueda considerarse como tal la no utilización por el conductor o asegurado de la declaración amistosa de accident*
- e) *En cualquier otro supuesto en que también pudiera proceder tal repetición con arreglo a las leyes.*

2-La acción de repetición del asegurador prescribe por el transcurso del plazo de un año, contado a partir de la fecha en que efectuó el pago al perjudicado.

Supuesto Primero. Alcholemia y sustancias psicotróficas.

Tipología: Cuando se cause daño “conduciendo” bajo los efectos de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotróficas.

Supuesto Segundo. Conductas dolosas.

Tipología: Cuando el siniestro tenga su origen en una conducta tipificada como delito doloso en el C.Penal. Por ejemplo apuestas, desafíos, conductores kamikaces, homicidio, etc...

Supuesto Tercero. Daños causados por terceros.

Tipología: Sentencias que establezcan compensaciones de culpa, responsabilidades patrimoniales de la administración, actos de terceros. animales en cotos de caza que provocan accidente, etc..

Supuesto Cuarto. Por causas legales y contractuales.

Tipología: *Por causas previstas en la Ley de Contrato de seguro y en el propio contrato, sin que pueda considerarse como tal la no utilización por el conductor o asegurado de la declaración amistosa de accidente.*

Este supuesto tiene su origen en la inoponibilidad de excepciones por parte del asegurador frente al perjudicado, que contemplan tanto el Art. 5.4 Ley RCSCVM y el Art. 11 del Reglamento, como la acción directa del Art. 76 LCS, ante las cuales, el perjudicado debe quedar indemne.

(Art. 11 Reglamento):El asegurador no podrá oponer frente al perjudicado ninguna otra de las exclusiones, pactadas o no, de la cobertura distintas de las recogidas en el artículo anterior ... y en particular las referentes a:

- **Carecer de permiso de conducir.**
- **Incumplimiento obligaciones legales relativas al estado de seguridad del vehículo.**
- **Fuera de los supuestos de robo, la utilización ilegítima de vehículos ajenos o que no estén autorizados (expresa o tácitamente) por el propietario.**

Otros supuestos análogos a modo de ejemplo:

- Exclusiones pactadas., riesgos o agravaciones de riesgo no declarados, dolo contractual, etc....

Supuesto Quinto- Otros supuestos (por vía de subrogación)

En cualquier otro supuesto en que también pudiera proceder tal repetición con arreglo a las leyes. Este apartado nos introduce una “norma en blanco”, y hace una tácita remisión al Art. 43 LCS, fuera del ámbito del aseguramiento obligatorio.

Tabla 13
Contra quien puede ser ejercido el derecho de repetición.

Supuesto	Tributarios de la repetición
Primero	El conductor, el propietario del vehículo causante y el asegurado
Segundo	
Tercero	Tercero/s responsable/s
Cuatro	El Tomador del Seguro o el Asegurado
Quinto	Cabe cualquier otro supuesto con arreglo a las leyes.

La Repetición por Alcholemla:

Tabla 14. Tasas de Alcholemla

Clase de conductor	Tasa en Aire	Tasa en Sangre
Conductores en general	0,25	0,50
Transporte de mercancías y profesionales	0,15	0.30
Principiantes, cualquier tipo de vehículo (< 2 años carnet o licencia)	0,15	0.30

Regulación: Real Decreto 23-10-1998, BOE de 6-11-1998. Fecha de entrada en vigor: 6 de Mayo de 1999

Art. 15.1 Reglamento: *1-El asegurador del seguro de suscripción obligatoria, una vez efectuado el pago de la indemnización, podrá repetir:*

- a) *Contra el conductor, el propietario del vehículo causante y el asegurado, si los daños materiales y personales causados fueren debidos a la conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.*

Es un derecho que nace "ex lege": Frente a quienes consideran que la acción de repetición por alcholemla debe basarse en la existencia de cláusulas particulares o condiciones generales expresamente aceptadas, sin cuyo requisito se rechazaría la demanda, *-vamos a obviar aquí si estamos ante una cláusula limitativa de derechos o delimitadora del riesgo-*, debemos mantener que la acción de repetición nace directamente de los Arts. 7 LRCSVM y 15.1.a) Del Reglamento (RD 7-2001).

Se trata de una repetición "ex lege", referida al ámbito del seguro obligatorio (el Art. 7 LRCSVM se incluye en el Capítulo III cuyo título reza : " *Satisfacción de la indemnización en el ámbito del Seguro Obligatorio*", por lo que debido a ese origen legal su efectividad no requiere pacto expreso. Y a mayor abundamiento, si hubiera alguna duda al respecto, la literalidad del Art. 9.4 del Reglamento refuerza el origen legal de este derecho de la Aseguradora:

Artículo 9. Ámbito material: ... 4- No obstante, quedarán excluidos de estas coberturas los daños cuando fueran causados por la conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas. Esta excepción no será oponible al perjudicado sin perjuicio del derecho de repetición del asegurador.

Vemos que dicho artículo regula:

- Una exclusión explícita frente al asegurado por sus propios daños.
- Un derecho de repetición directo a favor del asegurador, cuando se causen daños (y/o lesiones) a terceros perjudicados.

No precisa condena penal: En este sentido se pronuncia el **Tribunal Supremo** (ST. 341/2003 de 7 de Abril, Sala Primera- Civil, ponente Almagro Nosete), en el Fundamento de Derecho cuarto ⁽²²⁾

Si el Tribunal Supremo entiende que ante una acción de repetición basada en condiciones contractuales (firmadas) , **No exige que, expresamente haya sido condenado por circular en dicho estado**, hemos de convenir que, ante una reclamación “ex –lege” (recordemos que el artículo 9 del reglamento habla de exclusión), el resultado ha de ser el mismo.

Por ello basta que se haya acreditado, conforme al atestado policial, que la alcoholemia fue causa suficiente para la producción de los hechos.

Las Reclamaciones ante la Administración por Responsabilidad Patrimonial.

La responsabilidad patrimonial de la Administración está recogida en la Constitución española, en su artículo 106.2

Art. 106.2 C.E.

“los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”

Los Servicios Públicos están sujetos a un Régimen de Responsabilidad Objetiva, que se sustenta además en el Art. 139.1 de la Ley 30/92 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, en el sentido de que una actividad de interés público debe ser soportada por la comunidad, y se trata de una responsabilidad, si se produce daño, que deriva tanto del “normal funcionamiento”, como del “funcionamiento anormal “ de dichos servicios, es decir, no necesariamente debe haber una conducta culpable, sino que el presupuesto se sustenta en la existencia del daño debido al funcionamiento de la propia administración.

Condiciones:

Indica el T. Supremo en sentencia de 11 de febrero de 1.991, que se trata de una Responsabilidad Objetiva, (Responsabilidad Civil Patrimonial de la Administración), que requiere:

- Que el accidente de circulación tenga su causa en el funcionamiento de los Servicios Públicos.
- Excluyendo los accidentes debidos a conductas o hechos ajenos al funcionamiento de dichos servicios.

⁽²²⁾)... Por su parte, el art. 24.c del clausulado de la póliza de seguros, firmada y reconocida por el demandado señala expresamente “quedan excluidas las consecuencias derivadas de los hechos, cuando el conductor se halle en estado de embriaguez”. **No exige que, expresamente haya sido condenado por circular en dicho estado, sino que es suficiente acreditar que el conductor se hallaba en el reseñado estado**, circunstancia que resulta probada en autos a la vista del atestado policial y de los hechos probados de la sentencia referida del Juzgado de lo Penal.

- Que haya un daño patrimonial real, evaluable económicamente, efectivo e individualizado.
- Relación de causalidad directa y eficaz entre el hecho que se imputa a la administración y el daño producido.
- Ausencia de fuerza mayor (El caso fortuito, sí que da lugar a RC Patrimonial)

En todo caso la carga de la prueba recae sobre la propia administración.

Capítulo Tercero

Propuestas de reformas legislativas.

3.1 La necesidad de peritaje médico

Dos de los presupuestos de la indemnización por Responsabilidad son la existencia del daño y el nexo causal entre éste y la acción (la prueba de este daño).

En un sistema de responsabilidad objetiva, con inoponibilidad de excepciones frente al tercero (víctima), salvo que ésta interfiera en el nexo causal, y de condición de responsable directa para la aseguradora (Art. 117 CP) , no deja de ser curioso que no se haya acometido aún la tan necesaria reforma consistente en establecer la figura del peritaje médico y que el mismo esté regulado sistemáticamente.

Una vez ocurrido el siniestro, el Art. 18 LCS establece la obligación del asegurador de satisfacer la indemnización, pero esta obligación no opera de manera automática:

El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo.

Por su parte, la LRCSCVM en su Anexo, Apartado Primero 11, indica que..

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

¿Pero cual es la realidad ante la que nos encontramos?:

Pues que al no haber conjugado ambos preceptos con el sistema de procedimiento extrajudicial de nombramiento de perito del Art. 38 LCS , hay un vacío legal, que no hace sino incrementar las dificultades y la litigiosidad cuando nos encontramos (cada vez más), ante lesionados que haciendo uso espúreo de su derecho a no ser “peritados” por la aseguradora, niegan a éstas el derecho que les asiste (Art. 18 LCS), y eso hace que de forma “*contra legem*”, nos encontremos ante un sistema en el que la simple actitud obstruccionista del acreedor suponga para el deudor de buena fe, la más que probable incursión en mora.

Naturalmente el Art.38 LCS se halla en sede del Seguro contra Daños y no en sede del Seguro de Responsabilidad Civil, pero entendemos que debería extender sus efectos a dicha modalidad.

Realmente sorprende, por injusto, este sistema en el que el deudor no pueda valorar los daños frente a los que deba responder, si el acreedor se niega a ello.

Si el sistema de Responsabilidad Objetiva es de protección a ultranza de la víctima, es necesario que se articule un sistema en el que el acreedor se someta necesariamente a la valoración de sus daños.

El problema es que la LRCSCVM cuando dice que *será preciso informe médico*, no nos explica a que informe se refiere, pero el sentido común y la buena fe mercantil, extracontractual y procesal, en todo caso, no deja de decirnos que el deudor tiene derecho a valorar los daños ante los que deba responder, aunque sean daños que afectan a la salud de las personas. ¿Cual es el bien jurídico que prima en esta materia?

La necesidad de un sistema de peritaje médico adquiere aún mayor relevancia tras la reforma del Baremo (Tabla VI), operada por la Ley 32/2003, donde las reglas de interpretación son eminentemente y exclusivamente de carácter y de interpretación y valoración médica. Y en el mismo sentido, incluso con mayor énfasis, se nos pronuncia el futuro Baremo Europeo.

No haría falta una gran reforma, simplemente *añadir a la actual LRCSCVM, que será preciso informe médico, de conformidad con el Art. 38 de la LCS.*

¿Que se conseguiría con ello?. Pues que tanto la aseguradora como el perjudicado deberían proceder conforme al sistema de nombramiento de peritos, con lo que ello representa de garantía y seguridad para ambas partes, eliminando la actual incertidumbre.

Insistimos, que difícilmente encontraremos otra materia en la que sea la actitud obstruccionista del acreedor la que permita caer en mora al deudor de buena fe.

Evidentemente como sea que todos tenemos nuestros derechos inalienables respecto a la salud y la intimidad, estaría el acreedor en su pleno derecho de negarse al peritaje médico, pero en este caso el efecto debería ser el contrario, es decir, sería el acreedor en que incurriría en *mora accipiens* (Art. 1100 Código Civil)

Puede argumentarse de contra que ya existe la garantía del informe médico forense, pero no olvidemos que el forense sólo interviene en el ámbito penal, y que cada vez hay menos denuncias, precisamente para obviar dicha forensía y basar las reclamaciones en informes de parte, que no reúnen los requisitos médicos necesarios y suficientes.

La prueba que proponemos debería estructurarse a través de Peritos Médicos, previamente acreditados y reconocidos por alguna institución creada *“ad hoc”*,

de forma que para formar parte de la misma se estableciera un sistema de acceso y de evaluación constante.

Por supuesto, los gastos de esta pericial deberían ir a cargo de la aseguradora, salvo que en juicio se demostrara que no le correspondía el pago de indemnización alguna, bien fuera por culpa, bien fuera por inexistencia de nexo causal, o bien fuera por inexistencia de daño indemnizable.

De tal forma, en caso de tener que acudir a la vía penal o civil para dilucidar el daño o la indemnización, sería *conditio sine qua non*, que las partes presentaran el informe pericial, para que el forense en su caso o el perito judicial tuvieran prueba suficiente preconstituida sobre la que fijar sus dictámenes. El dictamen pericial, por supuesto nunca sería vinculante para los jueces y tribunales, pero sin duda, en cuanto fueran aceptados necesariamente por las partes (bien fuera por mutuo acuerdo o por tercería), tendrían una muy especial significación.

Por otra parte, este sistema permitiría una mejor prueba médico forense, quien en su obligación de investigar los hechos lesivos y determinar sus consecuencias, tendría siempre una base conocida y aceptada por ambas partes, con las pruebas médicas y/o diagnósticas que fueran precisas, que dotaría al proceso de todas las garantías de prueba, lo cual desde una perspectiva objetiva constituye un elemento de trascendental importancia en nuestro sistema jurídico, haciéndonos eco de la proscripción de toda indefensión que se erige en uno de los pilares de la proclamada tutela efectiva del Art. 24 C.E., dotando a nuestro sistema de acceso (para ambas partes) a la justicia, de un mecanismo garantista sin obstrucciones ni trabas que lo dificulten o menoscaben.

El Art. 24.2 CE es un precepto de contenido complejo, dentro del cual el derecho a una tutela judicial supone, positivamente, el acceso al proceso y al uso de los instrumentos que en él se proporcionan (o deben proporcionarse) para la defensa de los derechos e intereses propios.

Propuesta de peritaje médico tipo que debería acometerse:

Nexo de Causalidad: El nexo de causalidad tiene dos etapas o fases en el curso de la evolución de unas lesiones:

- 1.El referido a la acción y el resultado dañoso. Es decir, establecer una primera relación entre traumatismo y la lesión que haya sido su consecuencia.
2. Al que debe seguir después de haber terminado el proceso de curación (con estudio de su proceso evolutivo), el establecer el posible nexo de causalidad con el resultado final.

Este análisis exige el estudio de las concausas en los traumatismos. Hay concausas en los traumatismos, cuando en el curso seriado de los momentos en los que puede dividirse una cadena causal se inserten coeficientes extraños, pero que interfieren en la producción del daño último, como consecuencia de lo cual éste resulta diferente del que era previsible, dada la naturaleza y entidad de los traumatismos iniciales.

La diferencia entre causa y concausa se encuentra en el hecho de que en la primera existen los *requisitos de necesidad y de suficiencia* en la producción del hecho (causa adecuada *stricto sensu*), mientras que la concausa es una condición necesaria pero no suficiente. Cuando existan varias condiciones necesarias pero no suficientes en la producción del daño, ninguna podría ser estrictamente causa del daño, sino que todas ellas serían concausas del mismo.

Podemos, a guisa de ejemplo, enumerar varias concausas:

- Alteraciones congénitas de órganos torácicos o abdominales.
- Lagunas de osificación
- Fragilidad anormal de los huesos.
- Concausas preexistentes patológicas, tales como enfermedades pre-existentes, intoxicaciones alcohólicas, estupefacientes, etc...
- Lesiones del aparato circulatorio.
- Tumores, abscesos, insuficiencias respiratorias o digestivas, úlceras, descalcificaciones, etc...

La acción de estas concausas está claro que resultan un obstáculo al curso normal de los procesos reparativos del propio organismo, agravando las consecuencias del hecho punible.

En general lo que nos interesa resaltar es que la interferencia de las concausas puede producirse en dos sentidos:

- El estado anterior hace más grave los efectos de la lesión.
- El acto lesivo empeora considerablemente el estado anterior.

A todo Informe médico, debe exigirse que cumpla:

- Que establezca la existencia de un daño.
- Que determine su causa.
- Que establezca un nexo de causalidad entre el hecho lesivo , las lesiones producidas y las secuelas que deriven.
- Que determine el estado de salud del afectado en el momento previo al accidente, es decir "el estado anterior".
- Si ha valorado la posible existencia de concausas y su importancia respectiva.
- Si conoce la historia clínica u hospitalaria.

- Si es un informe recopilatorio de otros, ...si sabe con certeza, si ha visto "todos los informes" o solo ha visto una selección "subjetiva" (propia o del lesionado/a)

-Que pruebas objetivas ha realizado o analizado o interpretado.

- Que determine las consecuencias de las lesiones postraumáticas sobre todas las actividades que desarrolla habitualmente el individuo, tanto en el ámbito laboral, como en el social, personal, familiar, etc...

Informe forense:

El campo de acción del médico forense, se encuentra, en cuanto a especialidad médica, en la práctica del peritaje o peritación médico-legal, mediante el cual se informa de la significación de los hechos médicos o biológicos implicados en un punto de derecho sometido a juicio de un Tribunal de Justicia.

El Informe Forense, como todo informe pericial es un medio de prueba y un auxilio que suple la ausencia de conocimientos científicos del Juez.

Como medio de prueba puede y debe someterse a contradicción en el acto del juicio, porque dicho informe es un acto de instrucción, careciendo de virtualidad probatoria si no se somete a contradicción en el juicio oral (exigencias de los principios de inmediación, publicidad, oralidad y contradicción).

Ante una discrepancia de médicos, el Juez hará que prevalezca el informe neutral y desinteresado del médico forense. Pero...no olvidemos que la presunción de imparcialidad de la que goza el forense...no supone necesariamente presunción de veracidad.

Por último, tengamos en cuenta el silogismo del peritaje médico, que se construye en base a dos premisas, a través de las cuales se llega a las conclusiones:

Premisa mayor: La constituye "las fuentes" de los datos y si dichas fuentes son más o menos fiables.

Premisa menor: Las pruebas que el perito hace para comprobar los datos.

Conclusión: Son las consideraciones médico legales.

Si fallan una de las dos premisas, el peritaje médico no tendrá ninguna virtualidad

3.2 La regulación del interés de demora⁽²³⁾ de las Aseguradoras.

El interés de demora de las Aseguradoras, establecido ya en la LCS (Art. 20) y desarrollado por la D.A. tercera de la L.O. 3/89 (hoy derogada tal disposición), y sobre el que se pronunció el Tribunal Constitucional en Sentencias 5-93, 12 y 20 Julio de 1993, manifestando que el asegurador *queda ciertamente obligado a satisfacer o consignar la indemnización desde que se produce el siniestro...de ahí que le sea exigible, como obligado, una actuación diligente para determinar pericialmente la cuantía del daño...de modo que...la única consecuencia del precepto para el asegurador sea la de estimular la tasación del daño y su pago o consignación dentro de los tres meses.*

La regulación actual del interés de demora, la hallamos en la D.Adicional de la LRCSCVM, modificada por la D.A. Decimotercera de la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000), que indica que cuando se trate de daños y perjuicios causados a las personas o en los bienes con motivo de la circulación, la indemnización de daños y perjuicios debidos se regirá por lo dispuesto en el art. 20 de la L.C.S, con las siguientes peculiaridades.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

DISPOSICIÓN FINAL DECIMOTERCERA. Reforma de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

La disposición adicional de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, quedará redactada de la siguiente forma:

Si el asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación en el seguro de responsabilidad civil para la cobertura de los daños y perjuicios causados a las personas o en los bienes con motivo de la circulación, la indemnización de daños y perjuicios debidos por el asegurador se regirá p or lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, con las siguientes peculiaridades:

No se impondrán intereses por mora cuando las indemnizaciones fuesen satisfechas o consignadas ante el Juzgado competente en primera instancia para conocen del proceso que se derivase del siniestro, dentro de los tres meses siguientes a su producción. La consignación podrá hacerse en dinero efectivo, mediante aval solidario de duración indefinida y pagadero a primer requerimiento emitido por entidad de crédito o sociedad de garantía recíproca o por cualquier otro medio que, a juicio del tribunal, garantice la inmediata disponibilidad, en su caso, de la cantidad consignada.

Quando los daños causados a las personas hubiesen de sufrirse por éstas durante más de tres meses o su exacta valoración no pudiera ser determinada a efectos de la consignación, el tribunal, a la vista de las circunstancias del caso y de los dictámenes e informes que precise, resolverá sobre la suficiencia o ampliación de la cantidad consignada por el asegurador, atendiendo a los criterios y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el anexo de la presente Ley. Contra la resolución judicial que recaiga no cabrá recurso alguno.

Quando, con posterioridad a una sentencia absolutoria o a otra resolución judicial que ponga fin, provisional o definitivamente, a un proceso penal y en la que se haya acordado que la suma consignada sea devuelta al asegurador o la consignación realizada en otra forma quede sin efecto, se inicie proceso civil en razón de la indemnización debida por el seguro, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 20.4 de la Ley de Contrato de Seguro, salvo que nuevamente se consigne la indemnización dentro de los diez días siguientes a la notificación al asegurado del inicio del proceso.

⁽²³⁾ MORA: Retraso culpable en el cumplimiento de una obligación, que no impide su cumplimiento posterior.

¿Solventa esta regulación las dificultades que entraña en muchas ocasiones la previsión del alcance de las lesiones, o en otras que el lesionado, fraudulentamente no deja que la aseguradora perite sus lesiones?

Entendemos que si, siempre que por parte del juzgador se entienda y se aplique con la lógica jurídica incuestionable que se desprende de la actual regulación, sin caer en automatismos.

La actual regulación por lo complejo e indeterminado de su redacción, se nos muestra confusa y fuera de lugar, y requiere desde luego un nuevo enfoque que a la vez que aporte seguridad jurídica, se adecue a los tiempos actuales y a los mercados, so pena de seguir siendo un arma que ha conseguido justo el resultado contrario al pretendido, es decir, que al acreedor le resulte mucho más rentable “diferir y dilatar todo lo posible” la indemnización, bajo una rentabilidad super-extraordinaria y que nuestro sistema financiero no puede soportar, cual es un **interés del 20 %**, a pesar del esfuerzo del legislador en resolver las dudas y las diferencias con las que se venía aplicando el régimen de los intereses por mora.

En efecto, el legislador manifiesta la “*ratio legis*” en la exposición de motivos de la Ley 30/95, en la que podemos leer:

Motivo 6, in fine... Reforma del interés de demora aplicable a las aseguradoras:

Se reforma también el interés de demoracon la finalidad de aclarar los términos de la regulación de la materia y evitar la multiplicidad de interpretaciones a las que se está dando lugar en las distintas resoluciones judiciales.

.... Y se cuantifica el interés de demora, moderando la fórmula de un interés absoluto para hacerlo, durante los dos primeros años, referencial al interés del dinero.

Bien, pues a pesar de tan clara exposición, tras varios años de vigencia de dicha ley, podemos observar que sigue produciéndose esta multiplicidad de interpretaciones judiciales que el legislador, a quien el Juez debe interpretar atendiendo al espíritu y finalidad de las mismas, intentaba evitar.

A modo de ejemplo, y como prueba de la inseguridad que provoca su aplicación, veamos distintas interpretaciones de algunas de nuestras Audiencias:

a) Liquidación de intereses divididos en dos tramos:

- Audiencia Provincial de Cantabria
v Pleno del 22 de septiembre de 2000

En el caso de que el impago por la aseguradora de la indemnización dure más de dos años, el tipo de interés del veinte por ciento a que se refiere la regla 4ª del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro se aplica a partir del segundo año, no desde el momento del siniestro.

- Audiencia Provincial de Castellón:
v Acta de la Junta de Magistrados de fecha 14 de Junio de 2004

...se acuerda por mayoría distinguir dos tramos, de manera que se aplique el interés legal del dinero incrementado en el 50% durante los dos primeros años, y el 20% a partir del transcurso de ese plazo.

b) Liquidación de intereses con criterio absoluto del 20%:

- Audiencia Provincial de Madrid:
- Acuerdo 29-5-04, para la unificación de criterios. (secciones penales)

La suma correspondiente al interés legal del dinero, incrementada en el cincuenta por ciento, computada durante el periodo de dos años no cumpliría debidamente la función disuasoria que pretende el legislador en el caso de que se mantuviera de forma irreversible para los dos primeros años.

- Audiencia Provincial de Alicante.
 - v Guía unificadora de criterios (2002)

... en el caso que se demore el pago durante más de dos años el tipo aplicable a todo el periodo será el legal incrementado en un 50 por 100, siempre que supere el 20 por 100, y si no lo supera éste será el tipo aplicable.

- Audiencia Provincial de A Coruña.
 - v Acuerdo de la Junta General, de fecha 29-10-2002

...El interés anual del 20 por 100 se impone desde la fecha del siniestro sin que haya lugar a fraccionamiento en dos periodos....

Por todo lo expuesto, se manifiesta como absolutamente necesaria una nueva regulación tanto en cuanto al tipo de interés, como a la naturaleza jurídica de la consignación, cuestiones que abordamos en el presente epígrafe.

Cómputo y aplicación de los intereses de mora:

La ley es clara y no deja lugar a dudas: Desde el momento del siniestro. Ahora bien, cual debe ser el cálculo de los intereses? El Art 20 LCS indica que los intereses serán los legales incrementados en un 50%, y que transcurridos dos años no podrán ser inferiores al 20%.

En su aplicación no ha criterios pacíficos en nuestros tribunales, pero sin duda se debe a que no se ha interpretado correctamente la voluntad del legislador, que en la exposición de motivos de la Ley 30/95, deja clara la cuestión y que es la única que admite una interpretación lógica y coherente con el propósito de la norma, y no es otra que el Art. 20 LCS ha sido objeto de una nueva redacción, y que la LOSSP, en la D. A. Sexta, mantiene el devengo de intereses, calificados de demora, en el pago, pero alterando el tipo aplicable.

Así pues los intereses son de dos tipos y corresponden a dos periodos temporales sucesivos. En los dos primeros años será el interés legal del dinero vigente al tiempo de su devengo incrementado en un 50% , en tanto que transcurridos dos años desde la fecha del siniestro será el 20%, pero sólo a partir de esta fecha.⁽²⁴⁾

⁽²⁴⁾ En este sentido, entre otras, las siguientes sentencias:

- Audiencia Provincial de Barcelona. Sección Segunda. Sentencia 869 de 7-10-2002
- Audiencia Provincial de Barcelona. Sección Cuarta. Apelación 773/2001, de fecha 25-7-2002
- Audiencia Provincial de Navarra. Sección Tercera (Penal), Sentencia 50/2003, de fecha 21-3-2003
- Auto 735/02 de la Audiencia Provincial de Bizkaia. Sección 1ª (Penal), de 24-9-2002
- Audiencia Provincial de Oviedo, Sentencia 103/2002, de fecha 14-6-2002
- Auto de la Audiencia de Barcelona, Sección 17, Apelación 1/2002, de fecha 18-2-2002
- Auto de la Audiencia Provincial de Santander, de 30-3-2001

Y además se trata de una disposición sancionadora , “(*Interés especial de demora le llamó el T. Constitucional S/ 5-93*)”, que como todas las de tal naturaleza, ha de merecer una interpretación restrictiva. Lo contrario sería tanto como invitar a los perjudicados a no aceptar las ofertas de las aseguradoras, puesto que un interés del 20% le resultaría más rentable que cualquier otro destino que pudiera darle al dinero de su indemnización.

Y en este sentido, no debería obviarse la aplicación de la regla octava del artículo 20 LCS, que exonera de intereses a la aseguradora, si el incumplimiento estuviera fundado en una causa justificada o que no le fuere imputable (por ejemplo, la *mora accipiens* del acreedor). Este regla, obliga al análisis “*ad casum*”, de las razones que puedan asistir a las partes, y no es aceptable una interpretación automatista del artículo 20 tantas veces meritado.

Quizás una fórmula válida podría ser:

- Que el interés de demora fuera el interés legal más el 50% en todos los casos, desde la fecha del siniestro, con las siguientes normas correctoras.
 1. Se aplicaría el interés legal más alto que resultara entre el existente en la fecha del siniestro y la fecha del pago.
 2. Si así calculado, fuera inferior al interés legal más 2 puntos, se aplicaría esta segunda fórmula

Ambas soluciones favorecen al perjudicado y evitarían especulaciones en ambas direcciones con el juego de los intereses.

La aplicación de distintos criterios judiciales a la hora de determinar el *quantum* indemnizatorio por los daños corporales sufridos en un accidente de circulación puede crear inseguridad, tanto técnica como jurídica. A falta de una norma definitoria, la diferencia entre considerar la cuantía a resarcir al perjudicado como una deuda dineraria (que implica aplicar el baremo vigente en la fecha del siniestro), o como una deuda de valor (aplicación del baremo vigente en la fecha de sentencia), puede derivar en incrementos indemnizatorios notables para la entidad aseguradora.,con altos efectos multiplicadores en función del régimen de intereses que se aplique.

Consideremos un escenario que nos ayude a interpretar de manera más precisa lo señalado en el párrafo anterior.

Supongamos un lesionado en un accidente de circulación sobre el que existe consenso a la hora de establecer las lesiones padecidas (véase, por ejemplo, un caso de muerte, un caso de amputaciones limpias en una persona joven,...). Supongamos que la compañía aseguradora se opone al pago de la indemnización amparándose, por ejemplo, en una exclusión de cobertura (por lo que no consigna ninguna cantidad monetaria). El siniestro ocurrió el 1 de enero de 2002, pero se resuelve judicialmente el 1 de julio de 2004, una vez

agotadas todas las instancias. En la sentencia el juez dicta aplicación de intereses de mora. Supongamos una indemnización base igual a 100 u.m.

¿Qué consecuencias puede tener sobre la indemnización final aplicar el criterio de deuda dineraria, o aplicar el criterio de deuda de valor conjugado con el cómputo de intereses?

Veamos diferentes posibilidades.

1. *Criterio de valoración:* deuda dineraria. *Intereses:* los dos primeros años el interés legal más el 50% y tras los dos primeros años el 20%.

Si se aplica el criterio de deuda dineraria, y por tanto se utiliza en la valoración el baremo correspondiente a la fecha del siniestro, la indemnización por los daños corporales sufridos será de 100u.m. (valor de la indemnización del año de ocurrencia). Los intereses del primer y segundo año ascenderán a 12,76u.m., y los del tercer año serán de 10u.m. La indemnización final resultante será, por tanto, de 122,76u.m. , es decir, una rentabilidad anual del 9,10%.

2. *Criterio de valoración:* deuda de valor. *Intereses:* los dos primeros años el interés legal más el 50% y tras los dos primeros años el 20%.

La aplicación del criterio de deuda de valor, y por tanto del baremo correspondiente a la fecha de la sentencia, supondría la aplicación del valor del punto fijado en el baremo para el año 2004, con un incremento del 9,59% sobre el valor del punto según baremo del año 2002. En este sentido, la indemnización por los daños corporales sufridos será de 109,59u.m. Si a esta cantidad adicionamos la cuantía correspondiente a los intereses de mora, la indemnización final resultante será de 134,53u.m. (como consecuencia de sumar a la indemnización por los daños corporales cifrada en 109,59u.m., la cantidad de 13,98u.m. por los intereses del primer y segundo año⁽²⁵⁾, más las cantidad de 10,96u.m. por los intereses correspondientes a los seis meses del año 2004).

Como vemos, supone un incremento del 9,59% respecto al ejemplo anterior, y una rentabilidad del 13,81 % anual.

3. *Criterio de valoración:* deuda de valor. *Intereses:* aplicación del 20% desde la fecha del siniestro.

En este caso la indemnización por los daños corporales sufridos seguirá siendo de 109,59u.m. al aplicar el baremo del año 2004. A esta cantidad hemos de sumarle los intereses de mora que ascienden ahora a la cantidad de 54,80u.m. (21,92u.m. correspondientes a los intereses del primer y segundo año, y 10,96u.m. correspondientes al tercer año). La

⁽²⁵⁾ El interés legal más el 50% correspondiente a los años 2002 y 2003 es del 6,38%.

indemnización final resultante será, por tanto, de 164,39u.m. El incremento respecto a la indemnización del año base es del 64,39%, y prácticamente el doble que en el caso anterior.

El incremento respecto al ejemplo primero, habrá sido del 33,91 % y una rentabilidad del 27,75%, anual.

El ejemplo utilizado evidencia la incidencia que los diferentes criterios de valoración pueden tener en la indemnización final por daños corporales pagada por la compañía aseguradora. El comportamiento observado no debería ser eludido por las entidades, midiendo su incidencia no sólo en el cálculo de provisiones, sino también en la siniestralidad final observada.

Tabla 15. Interés Legal Desde 1.980

AÑO	INTERES LEGAL	INTERÉS LEGAL Más 50%	INTERÉS Art. 576 LEC (Legal + 2 puntos)
1.980	4,00	6,00	6,00
1.981	4,00	6,00	6,00
1.982	4,00	6,00	6,00
1.983	4,00	6,00	6,00
1984 (Desde 1-7)	8,00	12,00	10,00
1.985	11,00	16,50	13,00
1.986	10,50	15,75	12,50
1.987	9,50	14,25	11,50
1.988	9,50	14,25	11,50
1.989	9,50	14,250	11,50
1.990	10,00	15,00	12,00
1.991	10,00	15,00	12,00
1.992	10,00	15,00	12,00
1.993	10,00	15,00	12,00
1.994	9,00	13,50	11,00
1.995	9,00	13,50	11,00
1.996	9,00	13,50	11,00
1997	7,50	12,50	9,50
1998	5,50	8,25	7,50
1.999	4,25	6,38	6,25
2.000	4,25	6,38	6,25
2.001	5,50	8,25	7,50
2.002	4,25	6,38	6,25
2.003	4,25	6,38	6,25
2.004	3,75	5,63	5,75

- 1- El cálculo de intereses se realizará por los periodos de cada año que corresponda, hasta su liquidación.
- 2- El Interés Legal + 50% se aplicará desde la fecha que se indique en la resolución.
- 3- El Interés del Art. 576 LEC ,desde la fecha de la sentencia.

Interés Legal - Código Civil:

Art. 1108 CC. Fijado inicialmente en el 6% (1889), se redujo al 5% (Ley de 2/8/1899), y al 4% (Ley de 7/10/1939), tipo en el que se mantuvo hasta la Ley de 29/6/1984, desde la cual el interés legal se fija en cada una de las Leyes de los Presupuestos Generales del Estado.

Interés L.E.C.:

El tipo de interés cuando una Sentencia condena al pago de cantidad líquida, según la redacción originaria del Art. 921 LEC (1881) debía señalarse en la Sentencia. El Art. 921 Bis LEC (introducido por la Ley de 26/12/1980) lo fijó en el interés básico del Banco de España incrementado en 2 puntos, incremento que se mantuvo en la nueva redacción del Art. 921 LEC(Ley 24/1984) , salvo cuando exista pacto entre las partes o una disposición especial que señalen otro. El art 576 de la nueva LEC (Ley 1/2000) mantiene dicho incremento de 2 puntos.

Naturaleza Jurídica de la Consignación:

Esta cuestión, como no podía ser de otro modo, tampoco es pacífica en nuestros foros judiciales y las Audiencias se pronuncian de forma muy diversa entre ellas, lo cual demuestra que cuando hay tanta diversidad en la aplicación, es que tanto la redacción como la regulación no son nada claras y precisan ser reformadas. Así por ejemplo:

a) Consignación “solutoria” (en pago):

- Audiencia Provincial de Castellón.
 - v Junta de Magistrados de 7 de junio de 2004
 - ...se acuerda por unanimidad que sólo la consignación realizada en concepto de pago tiene la virtualidad de enervar el devengo de intereses.*
- Audiencia Provincial de Cantabria:
 - v Pleno de 27 de abril de 2001
 - Para que la consignación de lo debido como indemnización tenga efectos enervatorios de la obligación de pago de intereses a que se refiere el Art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro, la consignación debe hacerse con simultáneo ofrecimiento de pago al acreedor.*
- Audiencia Provincial de Pontevedra
 - v Acuerdo de la Sala General de 7 de junio de 2004
 - ...se entiende por consignación la prevista en el Código Civil, de suerte que, si no existe ofrecimiento de pago, no puede hablarse de consignación interruptiva del devengo.*

b) Consignación cautelar o depósito:

- Audiencia Provincial de Alicante.
 - v Guía unificadora de criterios:
 - La postura que adopta la AP de Alicante es que la consignación es una medida cautelar, resultando impropio la entrega al perjudicado.*
- Audiencia Provincial de Guipúzcoa
 - v Junta de Magistrados de 18 de mayo de 2000
 - No es necesario ofrecer la cantidad consignada al perjudicado para que quepa considerar suficiente la misma y, por consiguiente, para que no se impongan los intereses por mora del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.*

Así pues las cosas:

¿Se trata de una consignación de naturaleza liberatoria o simplemente cautelar?

¿De carácter alternativo o meramente subsidiario para el asegurador?

¿Que sucede si el acreedor rehúsa el ofrecimiento del asegurador?

Razones que informan que se trata de una medida cautelar:

Por nuestra parte, entendemos que se trata de una medida cautelar y que no procede su entrega a cuenta:

A)La consignación de que estamos hablando, está regida por una norma específica que no contempla para nada las exigencias previstas en el C. Civil (Arts. 1176 y ss.) para la consignación solutoria, ya que en ese caso se exigiría el ofrecimiento de pago y los tres requisitos clásicos de identidad, integridad e indivisibilidad.

En efecto, ni en la Disposición Adicional de la Ley 30/95... ni en la disposición final decimotercera de la LEC no se establece que deba ser previamente anunciada al acreedor.

Además, para que tenga eficacia como consignación solutoria, el C. Civil exige que se deposite íntegramente la prestación, previsión difícilmente compatible con una gran parte de los supuestos, al desconocerse el importe exacto de la indemnización.... Lo cual además se refuerza en la propia D. Final decimotercera de la LEC...

Quando los daños causados a las personas hubiesen de sufrirse por éstas durante más de tres meses o su exacta valoración no pudiera ser determinada a efectos de la consignación, el tribunal, a la vista de las circunstancias del caso y de los dictámenes e informes que precise, resolverá sobre la suficiencia o ampliación de la cantidad consignada por el asegurador, atendiendo a los criterios y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el anexo de la presente Ley. Contra la resolución judicial que recaiga no cabrá recurso alguno.

Veamos...

*...no pudiera ser determinada a efectos de la consignación....
... el tribunal... resolverá sobre la suficiencia o ampliación de la cantidad consignada...*

- 1- Si no puede ser determinada.... no puede hablarse de consignación solutoria.
- 2- El tribunal debe pronunciarse sobre la suficiencia de la consignación... No de la oferta.

Pero como en toda norma, el intérprete debe buscar la *ratio legis*. Y que es lo que el legislador pretendía? Nos lo dice de forma clara en la exposición de motivos de la propia Ley de Enjuiciamiento Civil, Motivo XX *in fine*:

En la línea seguida por esta Ley en el sentido de facilitar la prestación de cauciones o la constitución de depósitos, se reforma la disposición adicional de la LRCSCVM. Lo que importa a la administración de Justicia, en razón de los legítimos derechos e intereses de muchos justiciables, no es que otros justiciables dispongan de dinero en efectivo para destinarlo a depósitos y cauciones, sino que, en su momento, unas determinadas sumas de dinero puedan inmediatamente destinarse a las finalidades que la ley establezca.

Creemos que el redactado no deja lugar a dudas que se trata de una consignación meramente cautelar.

B) La ya reiterada Disposición Final decimotercera de la LEC... establece:

*Quando, con posterioridad a una sentencia absolutoria o a otra resolución judicial que ponga fin, provisional o definitivamente, a un proceso penal y en la que se haya **acordado que la suma consignada sea devuelta** al asegurador o la consignación realizada en otra forma quede sin efecto, se inicie proceso civil en razón de la indemnización debida por el seguro, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 20.4 de la Ley de Contrato de Seguro, salvo que nuevamente se consigne la indemnización dentro de los diez días siguientes a la notificación al asegurado del inicio del proceso.*

Es decir... *acordado que la suma consignada sea devuelta*...Por tanto... si la aseguradora puede solicitar la devolución de la cantidad consignada, es porque este debe permanecer en el juzgado como depósito... hasta que haya sentencia u otra resolución que ponga fin provisional o definitivamente a un proceso penal, por lo que el depósito tiene un mero carácter cautelar.

C) La propia LEC recoge diversos casos en que la consignación tiene mero carácter cautelar y no equivale al pago.

- I. Consignación para evitar el embargo (Art. 585)
- II. Para liberar el bien embargado (Art. 693)
- III. Para admitir la demanda en determinados supuestos. (Art. 403)
- IV. Para admitir el recurso de apelación... (Art. 449)

D) Y un último argumento, si cabe aún de mayor peso:

En la ya tan nombrada, pero importantísima D. Final (LEC), se establece que :

*.... cuando las indemnizaciones fuesen satisfechas o consignadas ante el Juzgado competente en primera instancia para conocer del proceso que se derivase del siniestro, dentro de los tres meses siguientes a su producción. La consignación podrá hacerse en dinero efectivo, **mediante aval** solidario de duración indefinida y pagadero a primer requerimiento emitido por entidad de crédito o sociedad de garantía recíproca o por cualquier otro medio que, a juicio del tribunal, garantice la inmediata disponibilidad, en su caso, de la cantidad consignada.*

Así pues, si se admite el aval como medio de consignación eficaz, resulta indudable que su finalidad no es el abono del importe, sino que se trata de una medida cautelar cuyo objetivo no es otro que garantizar el pronto pago de la indemnización que en su caso se establezca judicialmente.

El Tribunal Supremo se he pronunciado al respecto, (Sala Segunda) de 16 de Febrero, 8 de Mayo y 17 de Septiembre de 2001. En esta última, que dimana de Procedimiento Abreviado del Jdo. Inst. 4 de la Bisbal (Girona) y de la Audiencia de Girona, Sección Tercera, el TS afirma (Fundamento de Derecho Séptimo), que.....

"Por la vía casacional se denuncia la vulneración del Art. 109 CP, en relación al Art. 20 L.C.S. y Disposición adicional "Mora del Asegurador" de la D.A.Octava de la Ley 30/95. Dichos preceptos habrían sido infringidos al haber sido condenada la aseguradora al abono de los intereses penitenciales por la demora en la que, según la parte, no incurrió."El motivo debe ser estimado.

El propio Tribunal sentenciador subraya en el fundamento Quinto de la Sentencia que , la aseguradora consignó en la cuenta del Juzgado ... dentro de los tres meses siguientes al siniestro...":

La D.A. de la Ley 30/ 95 de Ordenación y Supervisión de los Seguros privados, dispone, bajo la rúbrica "mora del Asegurador" que "no se impondrán intereses por mora cuando las indemnizaciones fueran satisfechas o

*consignadas judicialmente dentro de los tres meses siguientes a la fecha de producción del siniestro". Así pues, los intereses penitenciales por mora del asegurador no se acomodan a los términos previstos en las Leyes" que cita el art. 109 C.P. para la reparación de los daños y perjuicios causados por el hecho ilícito, ya que la razón que esgrime el Tribunal a quo para incrementar los intereses que se devenguen en un 50% por la mora del asegurador consiste en que éste no solicitó expreso ofrecimiento en pago a los herederos de la fallecida hasta siete días después del transcurso de los tres meses previstos para consignar, siendo así que la ley reguladora de la materia, como hemos visto, excluye esta clase de penalización siempre que se efectúe la consignación judicial en el plazo legal, **sin mencionar ningún otro requisito** para eludir tal incremento de los intereses.*

Momento del devengo y lugar para consignar:

Como hemos dicho, el Tribunal Constitucional ya se ha pronunciado sobre cual debe ser la actividad del Asegurador para no incurrir en mora. El Art. 20 LCS trata de promover la rápida satisfacción de los daños, y es un recargo que pretende favorecer a las víctimas que si no son indemnizadas, deban reclamar judicialmente la indemnización.

Pero el Nuevo Código Penal de 1995, ha introducido un nuevo elemento que dificulta aún más la cuestión, al ampliar a 6 meses el plazo para poder interponer denuncia.

Es decir, desde el momento en que se amplía a 6 meses el plazo para interponer denuncia y el plazo para consignar sigue siendo de 3 meses, el efecto es que ya no depende sólo de la actitud del deudor el incurrir en mora, sino que la actitud obstruccionista y dilatadora del acreedor puede ser determinante para que el asegurador que no pueda peritar los daños y no haya denuncia de los hechos, vea muy dificultada su gestión y además pueda verse incurso en mora sin poder evitarlo.

Debería articularse una nueva fórmula que permitiera a la aseguradora cumplir con su obligación de consignar para evitar incurrir en mora, a partir de los 3 meses desde que la denuncia fuera interpuesta, o bien establecer un sistema que permitiera la consignación cautelar **en el juzgado al que le correspondiera entender del asunto.....**, hubiera o no denuncia, de tal forma, que al ser un depósito, ésta quedaría en el Juzgado a disposición de la aseguradora en caso de que en el plazo de 6 meses no hubiera denuncia, o en su momento se produjera una sentencia absolutoria, o a disposición inmediata del perjudicado en caso de una sentencia firme favorable a sus pretensiones. Porque esto es ni más ni menos lo que dice la Ley LEC 2000 en su Disposición final decimotercera:

No se impondrán intereses por mora cuando las indemnizaciones fuesen satisfechas o consignadas ante el juzgado competente en primera instancia para conocer del proceso que se derivase del siniestro

3.3 Diez Razones que informan la necesidad de la derogación del Título Ejecutivo del Art. 10 de la LRCSCVM

Preliminar:

La Ley 8 de abril de 1.967, sobre procedimientos de urgencia para varios delitos, por la que se modificó la Ley de Enjuiciamiento Criminal de 1882, al derogar las normas procedimentales penales y civiles de la Ley 122/62 de uso y circulación de vehículos a motor, introdujo en su Disposición Adicional Segunda la regulación del Título Ejecutivo de cuantía máxima, habilitando al Gobierno para publicar un texto refundido de los preceptos que subsistieran de dicha Ley a cuyos efectos se dictó el Decreto 632/68.

Por tanto, nos encontramos ante un precepto preconstitucional que no cumple los principios esenciales que informan nuestro ordenamiento, subsistiendo impropriadamente a cuantas reformas han afectado a la legislación procesal y de derecho positivo, especialmente al de seguros, principalmente la acción directa del Art. 76 LCS (reforzada por la más reciente LRCSCVM), y la no oponibilidad de excepciones frente a terceros.

El mantenimiento del Título Ejecutivo en las sucesivas reformas legislativas no deja de ser incomprensible ya que su naturaleza es contraria no sólo al derecho sustantivo que informa el seguro de responsabilidad civil y a la propia legislación procesal, sino fundamentalmente a la propia Constitución Española.

Las 10 Razones:

1-El reconocimiento de la acción directa o la imposibilidad de oposición de excepciones a terceros en la citada Ley, que supera la “ratio legis” que dio origen al Título Ejecutivo en el año 68, en el que se garantizaba a través del título una mínima indemnización (200.000 Ptas.) dentro de un embrionario seguro obligatorio y en un marco jurídico ausente de otras normas sobre la materia.

2-La obligación de pago o consignación dentro de los 3 meses siguientes a la fecha del siniestro, so pena de incurrir en mora. Consignación que debe realizarse nuevamente en caso de que se inicie un proceso civil, tras sentencia penal absolutoria u otra resolución que ponga fin a un proceso penal en que se acuerde la devolución de la consignación.

3- El Mantenimiento del Art. 10, dentro del Título II del texto refundido de la Ley de 24 de diciembre de 1962, modificada por la D.A. Octava de la Ley 30/95.

En efecto, los 11 artículos que componen este Título II:

Tres han sido derogados expresamente (Arts. 13, 17 y 18)

Y los otros (11,12,14,15,16, y 19), son contrarios a la LEC, por lo que deben entenderse materialmente derogados.

4- Solo quedaría por analizar el único artículo subsistente, el Art. 10, y la pertinencia de su vigencia en la legislación vigente.

Encontramos una incongruencia con los principios constitucionales que informan el derecho procesal:

- El Juez penal que no ha entrado a conocer del asunto, y por tanto tampoco de la responsabilidad del causante del daño, tiene conferida la postestad de fijar la cuantía máxima reclamable en base al seguro obligatorio, y ello mediante un auto carente de la necesaria motivación que exige el Art. 120 CE, en el que sí que se ve obligado a hacer un “juicio” valorativo de los daños y perjuicios causados.

(El auto únicamente debe contener la descripción del hecho y la indicación de las personas y vehículos que intervinieron y de los aseguradores de cada uno de éstos)

- El Art. 10 deja a la postestad del Juez conceder audiencia a la aseguradora previamente a emitir el auto, cuando no pueda señalar la cuantía por falta de elementos probatorios o porque los existentes se hubieran emitido sin posibilidad de intervención de los interesados. El hecho de no conceder esta audiencia, en si mismo no invalida el título.
- Tampoco viene obligado a notificar el Título al asegurador.

5- El trámite procedimental de la ejecución tiene menos garantías para las partes que un procedimiento declarativo, al venir tasados los motivos de oposición tanto procesales como de fondo.

- Paradigmático resulta que dentro de los motivos procesales del Art. 559 LEC está el de “carecer el ejecutado el carácter o representación con que se le demanda”, que se concreta en no ser la aseguradora del vehículo causante, motivo que debería tener su cauce en un procedimiento declarativo ya que hay que entrar en el fondo del contrato de seguro, por lo que un motivo procesal se convierte en uno de fondo.

6- ¿Que sucede cuando son varias las personas y vehículos intervinientes en el accidente con distintas cuotas de culpa, pero por una cuestión procedimental los perjudicados pueden exigir la ejecución a una sola de las aseguradoras, sobre la base de la solidaridad ?

- Por una parte parece que el Art. 542. 3 LEC establece una deuda solidaria:

Artículo 542. Ejecución frente al deudor solidario.

1. Las sentencias, laudos y otros títulos ejecutivos judiciales obtenidos sólo frente a uno o varios deudores solidarios no servirán de título ejecutivo frente a los deudores solidarios que no hubiesen sido parte en el proceso.

2. Si los títulos ejecutivos fueran extrajudiciales, sólo podrá despacharse ejecución frente al deudor solidario que figure en ellos o en otro documento que acredite la solidaridad de la deuda y lleve aparejada ejecución conforme a lo dispuesto en la ley.

3. Cuando en el título ejecutivo aparezcan varios deudores solidarios, podrá pedirse que se despache ejecución, por el importe total de la deuda, más intereses y costas, frente a uno o algunos de esos deudores o frente a todos ellos.

- Pero...no parece tan claro que así sea.
Por ejemplo , la A.P. Palencia en su Auto de fecha 17/5/2000, Rollo 10/00, establece: (FD. Primero)

A la hora de dictar el auto ejecutivo contemplado en el art. 10 de la Ley de Uso y Circulación de Vehículos a Motor han de consignarse todas las Compañías Aseguradoras de los vehículos intervinientes en el siniestro, sin que el juzgador del orden penal deba ab initio efectuar un juicio de valor sobre la existencia o no de culpa en el proceder de sus respectivos conductores y discriminar en consecuencia. Ahora bien, ello no implica que todas las Aseguradoras designadas en el título ejecutivo sean solidariamente responsables frente a la víctima, debiendo ser esta quien a la hora de formular la demanda ejecutiva escoja aquella o aquellos cuyo conductor haya jugado un papel activo, en el proceso causal desencadenante del resultado dañoso, a resultas del cual se le pueda imputar siquiera mínimamente a título de culpa.

Es decir, el Juez Penal no debe efectuar un juicio de valor, que en cambio si que parece trasladarse al propio ejecutante, y si no “acierta”, le acarreará una condena en costas.

7- Se somete al perjudicado a largos peregrinajes judiciales (Penal, Título, Proceso declarativo...)

8- Los motivos de oposición, si se estiman, provocan la condena en costas al demandante, sin posibilidad para el Juez de hacer una valoración sobre este aspecto.

9- Si hay vista, se sustancia por el juicio verbal, cuando normalmente se dilucidan cuantías muy superiores a los 3.000 Euros.

- En este caso, se van a producir muchísimas suspensiones.

10- Produce una innecesaria cantidad de denuncias “forzadas”, para la obtención de Títulos, en lo que podemos afirmar sería un fraude de ley.

3.4 Deuda dineraria o deuda de valor.

Este es uno de los temas mas controvertidos y de más variabilidad en la aplicación por la judicatura, otra muestra de la excesiva exposición del sistema a la interpretación.

Hasta recientemente la jurisprudencia, casi unánimemente consideraba que se trataba de una deuda de valor.

A este respecto conviene precisar que en Derecho de Obligaciones, la categoría de las deudas de dinero se dividen en dos grupos; las deudas dinerarias simples y las deudas de valor.

Deuda dineraria simple: el objeto de la obligación es el pago de una suma de dinero.

Deuda de valor: Es aquella en que lo debido por el deudor es un valor cuya expresión en términos monetarios no existe al momento de nacer la deuda, aunque si en el momento del pago.

Hoy, con las transformaciones experimentadas con ocasión del nuevo sistema legal de valoración del daño corporal (Baremo vinculante y responsabilidad por riesgo) podemos defender que desde el momento en que se introduce un sistema de baremos para la estimación del daño corporal, la deuda que genera la causación del daño de esa naturaleza deja de encajar en el concepto tradicional de la deuda de valor, y de hecho cada vez la jurisprudencia avanza en este sentido, ya que la determinación de la indemnización está fijada "ex ante", una vez se haya determinado la naturaleza de las lesiones, por lo que se convierte en una deuda dineraria simple.

La propia LRCSCVM no establece si se trata de una deuda dineraria simple o si estamos ante una "deuda valor". Entendemos que dentro de la reforma del sistema que se propone, el legislador debería establecer la naturaleza de dicha indemnización, para lo que unimos **9 Argumentos que apoyan la tesis de que se trata de una deuda dineraria, y que debe aplicarse el principio "tempus regit actum"**

1-La Ley 30/95 toma como punto de referencia básico, para todo lo que se refiere al cálculo de las indemnizaciones, la fecha del siniestro (Apartado 3 del punto PRIMERO del Anexo dice que **"a los efectos de la aplicación de la tablas la edad de la víctima... será la referida a la fecha del accidente"**). Y cuando dice a los efectos se refiere a todos los efectos. (Donde la ley no distingue... no debemos distinguir nosotros)

2- Porque la ley considera también la fecha del siniestro como *dies a quo* del devengo de los intereses moratorios. Desaparece pues el fundamento de la aplicación de la deuda de valor, pues los intereses de demora previstos en Art. 20 LCS y en la Ley 30/95, compensan, desde luego, la pérdida del poder adquisitivo que haya podido sufrir la moneda entre la fecha del siniestro y la del pago, aunque fuera por sentencia.

3- El elemento aleatorio que aparece si se toma como referencia la fecha del siniestro depende de un hecho natural (el que el evento dañoso se produzca el treinta y uno de diciembre de un año y no el primero de enero del siguiente), ajeno al proceso. En cambio, si se atiende a la fecha en que se dicte la sentencia, el elemento de aleatoriedad estará vinculado a la mayor o menor diligencia de los juzgados.

4- Ello podría propiciar actuaciones de mala fe por las partes (por ejemplo retrasar el juicio cuando se prevean cambios legislativos favorables....)

5- De aceptarse la teoría "deuda valor", se quebrantaría irreversiblemente el principio de igualdad, pues situaciones idénticas podrían tener pronunciamientos judiciales distintos en función de factores absolutamente metajurídicos, ajenos por completo a las partes (según la fecha de la celebración del juicio se cobraría más o menos indemnización).

6- La Actualización y Modificación del Baremo de 1.999⁽²⁶⁾ transcende a una mera actualización y lo que contiene es una verdadera innovación, que debe aplicarse según el criterio de irretroactividad establecido con carácter general en la regla Tercera del Art. 2 del Código Civil. Debiéndose rechazar incluso la retroactividad mínima que es la que consiste en adecuar a la nueva ley los efectos jurídicos que, ligados a situaciones nacidas bajo la vigencia de la antigua, se produzcan con posterioridad a la sucesión de leyes.

7- Daría pie a la aplicación de normas a hechos nacidos cuando la actual norma vigente no estaba en vigor, en la medida en que la retroactividad perjudica a terceros que ven aumentadas las obligaciones que contrajeron en cuantía menor.

8- Todos estos argumentos podrían resumirse en uno que resulta de un elemental criterio de justicia material:

No se les puede exigir a las aseguradoras que, a los efectos de pagar intereses, se conduzcan como si la deuda fuese líquida desde su devengo y, al mismo tiempo, entender a los efectos de determinar el principal, que éste no puede fijarse sino con referencia a la fecha de la sentencia.

9- Afectaría al principio de igualdad, en cuanto supondría dar distinto trato normativo a dos siniestros sucedidos el mismo día por ejemplo, haciendo que distintos factores como la celeridad en la tramitación del juicio, o la prontitud en demandar (quedando en este último caso al arbitrio de la parte perjudicada la determinación del baremo aplicable).

⁽²⁶⁾ Modificación introducida por la Ley 50/1998 de 30 de Diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, que modifica la letra A) de la Tabla V del Baremo, y que se completa con la Resolución de 22 de Febrero de 1.999 (BOE del 5 de Marzo),

3.5 El impago de la prima y sus efectos.

Sin duda, el tema del impago de la prima y los efectos que pueda tener tanto frente al asegurado, como frente a terceros, es uno de los principales problemas que sigue sin resolverse, ni siquiera jurisprudencialmente; y la propia disparidad de interpretaciones es una prueba de que se trata de un tema necesitado de una nueva regulación, si atendemos que se trata de un incumplimiento de una obligación de una de las partes del contrato, cual es la del pago de la prima por parte del asegurado, “detalle” que tiende a olvidarse muy a menudo.

En efecto, el Art. 14, en sede de obligaciones y deberes de las partes, indica que la primera obligación del tomador es el pago de la prima:

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima

Bien es cierto, que para evitar posibles abusos ante descuidos involuntarios, y para la seguridad del tráfico jurídico frente a terceros, el asegurador está sujeto a unas determinadas condiciones que ha de tener muy presentes en el desarrollo de su actividad y organizar su gestión de forma eficaz y efectiva para no verse compelido a tener soportar altos costes siniestros, sin duda mejorables e incluso evitables.

El Art. 15 de la LCS, distingue entre primera prima y las primas sucesivas.

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de la falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.

La primera y, a nuestro entender, imprescindible cuestión a resolver es determinar si el impago de la prima produce una extinción del contrato o una suspensión del mismo, y los efectos de una u otra consecuencia.

Tal como hace la Ley, debemos distinguir entre la prima de primera anualidad y las sucesivas, en función de algo esencial: Cuando se trata de una primera prima, lo que hay que determinar es si ha nacido la cobertura del asegurador, y cuando se trata de segundas anualidades, ya estaba en curso dicha cobertura.

Por ello el legislador le otorga efectos diferentes a una u otra situación, atendida los distintos efectos jurídicos que se derivan del impago, es decir si en una hay o no hay contrato y en la otra si habiendo contrato, el impago extingue sus efectos y si es una excepción oponible frente a terceros.

Primera Anualidad:

El Art. 15 indica que si el impago es por culpa del tomador, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima. Pero también indica claramente, que –salvo pacto en contrario, que pocas veces o casi nunca se dará en RC del Automóvil-, **si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.**

La Interpretación del TS es la de que el impago de la primera prima da lugar a la falta de cobertura (Sala 1ª 30-3-93 y 7-4-94), (Sala 2ª 1-12-89 y 16-5-91), resultando paradigmática por su claridad y concreción la ST. de la Audiencia A Coruña, Sección Primera, de fecha 16-12-1996, en la que resuelve que:

no habiendo sido pagado el recibo de la primera anualidad, se considera no nacido el contrato de seguro... y que ello supone una excepción de tipo real que impide el nacimiento de la cobertura, por lo que si que es oponible a terceros.

Si en esta situación se produce el siniestro, el tercero perjudicado deberá dirigir su reclamación frente al Consorcio de Compensación de Seguros, quien a su vez tendrá acción de repetición frente al conductor y/o propietario del vehículo, en su caso.

Anualidades sucesivas:

El redactado de la segunda parte del Art. 15 no deja claro si se refiere al impago por culpa del tomador, mejor dicho, simplemente se refiere a *la falta de pago de una de las primas siguientes*, y aunque tanto la doctrina como la jurisprudencia, mayoritariamente se inclina por interpretar que se trata del mismo presupuesto, que sea por culpa del tomador, proponemos una nueva y diferente lectura, adecuada al tiempo actual en las relaciones mercantiles de toda índole.

En efecto, La Ley distingue entre primera prima y primas sucesivas y lo regula en párrafos separados y con distintos efectos. En una establece que sea por culpa del tomador, y en el segundo caso, no establece ningún requisito, más que el simple impago. *Y ... ubi lex non distinguit, non distinguere debemus.*

Lo que si que establece claramente es que se trata de primas que corresponden a los sucesivos periodos del contrato, sin que como tal pueda considerarse el pago fraccionado (opción comercial de muchas aseguradoras), dentro de la primera anualidad.

El impago produce varias consecuencias:

- La cobertura queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.
- El asegurador puede reclamar el pago dentro de los 6 meses siguientes. Si no lo hace, el contrato quedará extinguido.
- El asegurador no puede comunicar la baja del vehículo al Fichero Informativo de Vehículos Asegurados (FIVA), en tanto no haya ejercido

el derecho a oponerse a la prórroga o no haya resuelto o extinguido el contrato con las formalidades previstas en la LCS. (Art. 24 RD 7/2001)
Este párrafo puede llevarnos a confusión, pero una lectura detenida nos dice que únicamente es a efectos administrativos del fichero FIVA, ello es lógico, el contrato se extingue a los 6 meses si la aseguradora no ha ejercido el derecho de extinción con las formalidades de la LCS (que por cierto, no las hay en dicha ley al respecto), pero no por ello dejan de estar en suspenso las coberturas, pasados los primeros 30 días.

- Si el contrato no hubiere sido resuelto (con las formalidades requeridas), o extinguido a los 6 meses, y el tomador antes de estos seis meses paga la prima, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador pagó su prima.

Que sucede en caso de siniestro en este supuesto:

Si el siniestro ocurre dentro de los 30 primeros días desde el vencimiento, el asegurador no podrá oponer ninguna excepción frente a terceros, en cuanto que durante esos 30 días el contrato está plenamente vigente. Es decir, por el pago de la prima de un año, la cobertura se extiende a 13 meses en el caso de impago, lo que se ha denominado el “mes de gracia”.

Pero pasado este periodo, el contrato está en suspenso. Y ... ¿Cuales son los efectos de un contrato en suspenso?... Nos lo indica claramente el párrafo final del Art. 15, y no es otro que la falta de cobertura.

¿Que ocurre entonces si el siniestro se produce pasado el mes de gracia?

Una lectura del párrafo final del Art. 15 LCS (tan poco aplicado), parece que dice que no hay seguro, por cuanto establece que la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.

Es decir, **no habría cobertura**, y la falta de cobertura entendemos que sí que es oponible a Terceros. Este es sin duda el propósito del legislador, y basamos esta afirmación en lo siguiente:

El Proyecto de Reglamento, preveía la inclusión en su Art. 20 el siguiente párrafo: ... *Esta suspensión no podrá oponerse al perjudicado, salvo que el contrato haya quedado extinguido conforme al citado precepto legal* (en referencia al Art. 15 LCS). Ahora bien, el Consejo de Estado, en el dictamen número 2.562/2000 de fecha 2 de Noviembre de 2000, emite las siguientes argumentaciones:

- a) *De la literalidad del precepto –art. 15 de la Ley de Contrato de Seguro- se concluye que el asegurado dispone de un periodo de gracia de un mes a partir de entrar en mora respecto al pago de la segunda o subsiguientes primas, de modo que durante ese mes todavía existe cobertura, mientras que una vez transcurrido el mismo la cobertura quedará en suspenso y, si transcurren seis meses, se producirá la extinción del contrato de seguro.*
- b) *Con la redacción dada al artículo 20.1 del proyecto de reglamento, ese periodo de gracia de simple suspensión en caso de impago de prima se amplía en la práctica de uno a seis meses, en la medida en que el último inciso del precepto mencionado se establece que la suspensión “no podrá oponerse al perjudicado, salvo que el contrato haya quedado extinguido”. Esta ampliación es contraria al artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro (párrafo segundo), por lo que debe eliminarse el último inciso del artículo 20.1 del proyecto.*

- c) *Y es que no hay que olvidar que el seguro obligatorio de cuya regulación se trata es un seguro de responsabilidad civil, que sólo cubre las reclamaciones que provengan de terceros, de modo que si la suspensión no puede oponerse a terceros no produce ningún efecto.*

Una lectura del actual reglamento, nos advierte que no contiene la redacción que presentaba el Proyecto sobre la inoponibilidad frente a terceros de la suspensión de cobertura tras el plazo de gracia de 30 días.

Por ello, se pone en evidencia que la *ratio legis*, es de la siguiente naturaleza:

- 1- En los 30 días siguientes al vencimiento existe cobertura.
- 2- Pasados los 30 días, si no se produce el pago de la prima, queda en suspenso la cobertura, y sólo se reanuda después de haberse pagado la prima.
- 3- La falta de cobertura será oponible, ya que por motivos más que razonados, fue eliminado del Reglamento el párrafo que exigía su inoponibilidad..

Pero si bien este parecería ser el deseo del legislador, ha habido una cierta interpretación jurisprudencial en el sentido contrario , manifestando que el impago de primas sucesivas es una excepción personal no oponible a terceros, y ello en base al Art. 76 LCS

En este sentido el T. Supremo (St. 1-12-89 y 11-6-91), indicaba que:

Si el contrato subsiste su vigencia, con posibilidad del asegurador de reclamar el abono de la prima...la suspensión no ha de entenderse de un modo general, sino inter-partes....pero inoponible...caso del ejercicio de la acción directa...

En esta línea se manifiestan algunas secciones de la Audiencias de Barcelona, La Coruña, Tarragona, ...Olvidando a nuestro entender, que en sede de Responsabilidad Civil, el Art. 73 establece la obligación de indemnizar a terceros, por un hecho previsto en el contrato, pero de un contrato en vigor.

Pero entendemos que por las fechas en que se dictaron, las sentencias del Tribunal Supremo estaban haciendo una interpretación “social” de la cuestión, en protección de la víctima, en cuanto las coberturas del Seguro Obligatorio eran insuficientes, (el límite actual es de 350.000), si las tenía que asumir el Consorcio.

En definitiva, en el estado actual de la cuestión, si se produjera el siniestro en la situación de suspensión de coberturas, el asegurador no debería responder frente a los terceros perjudicados, y entendemos que este derecho le asiste tanto si el impago es por culpa del tomador, como sin culpa.

La cuestión es si tras casi 25 años de la LCS, la situación debe mantenerse, o acometerse una nueva regulación del impago de la prima, atendiendo a que el

Art. 15 quizás en su origen no se pensó tanto para seguros de Responsabilidad civil y las obligaciones frente a terceros, sino cuanto más bien a seguros propiamente de daños:

- ¿Tiene sentido mantener suspendidos unos contratos durante tanto tiempo a la espera de que el tomador cuando tenga un siniestro, reestablezca por su propia decisión la reciprocidad de las prestaciones?
- Se ha dicho que la infracción del deber contractual, por parte del tomador, no puede afectar al tercero perjudicado en cuanto que es ajeno a los avatares internos de la relación asegurador-asegurado, pero.... ¿Tiene sentido en el momento actual, en cuanto nunca quedaría desprotegido ya que el Consorcio como fondo (con unos recursos extraordinarios), se haría cargo de la indemnización?.
- Bastaría mantener el plazo de gracia (generoso sin duda) pensado para facilitar en el tráfico comercial el pago de la prima y la buena administración de asegurados y aseguradoras, y establecer que pasado dicho plazo, y salvo razones de fuerza mayor el contrato quedaría extinguido a todos los efectos.

Es absolutamente necesario (seguridad en el tráfico mercantil), el establecimiento de unas nuevas reglas de juego, que salvaguardando los derechos de los terceros (¿vía Consorcio?), en caso de impago impidan el actual sistema que lo único que hace es permitir el abuso del derecho de quien no pagando el recibo de la prórroga de su contrato anual, ve como éste se le prorroga casi “ex gratia” hasta 18 meses. Y el abuso del derecho está prohibido en nuestro ordenamiento.

El Reglamento (R.D. 7/2001), tampoco ayuda a resolver el tema, debido una vez más al confuso redactado de su Art. 24, quizás en un excesivo intento de proteccionismo a terceros.

El Artículo 24 del que a su vez se contradice y lleva a confusionismo sobre sus efectos, con el 21 de la misma norma, en el que se establece que se considera documentación acreditativa de la vigencia del seguro, el justificante de pago de la prima del periodo en curso. Y este mismo artículo traslada al presunto tomador la carga de acreditar el aseguramiento, lo que a nuestro entender debería poner fin a la actual interpretación, que ha invertido esta carga y es el asegurador quien se ve obligado a probar un hecho negativo (el no aseguramiento y a veces también que el impago es por culpa del tomador), dando lugar en ocasiones a una *probatio diabolica*.

Curioso: Y que para nosotros resuelve la cuestión: **Si no hay acreditación del pago de la prima....el seguro no está vigente. ¿Y cuales son los efectos de un contrato no vigente?** Entendemos que son efectos *erga omnes*, y por tanto, oponibles a terceros. Máxime cuando estos están protegidos en todo momento como seguidamente explicamos.

Los terceros perjudicados (interés por el que desde luego hay que velar), nunca estarían desprotegidos, en cuanto a que una de las funciones del Consorcio de Compensación de Seguros es la de:

...indemnizar los daños a las personas y en los bienes ocasionados con un vehículo que tenga su establecimiento habitual en España cuando dicho vehículo no esté asegurado. (Art. 8-b LRCSCVM).

Asimismo, el Consorcio podrá repetir contra el propietario y el responsable...(Art.8.2), con lo cual queda el ciclo perfectamente resuelto.

El extraño Art. 24 del reglamento, aparte de que mezcla contratos prorrogables y primas fraccionadas, cuando impide comunicar la baja del vehículo al fichero FIVA ,en tanto no se haya ejercido el derecho a oponerse a la prórroga o no se haya extinguido o resuelto el contrato, en los supuestos y formalidades previstas en la Ley de Contrato de Seguro....¿a que supuestos y formalidades se refiere? En la propia LCS no hay ninguna regulación que indique que formalidades hay que seguir cuando se trata del impago de prima. Lo cual no puede tener más lectura, que en caso de impago de prima sucesiva, el único efecto que puede otorgarse es el que la propia ley pretendía establecer, y que no es otro, que pasados los primeros 30 días, no hay cobertura.

Los expuestos son motivos suficientes para acometer la reforma sugerida, que permitiría a su vez conseguir otros efectos inmediatos y sin duda beneficiosos para todos:

- Se pondría remedio en gran parte a este fraude monumental que supone la gran cantidad de vehículos que circulan con el seguro “en suspenso”, pero con artificialidad cobertura establecida, durante 18 meses, pagando sólo doce.
- Se evitaría litigiosidad por parte de los perjudicados. Es decir el Consorcio asume el no aseguramiento y repite al propietario responsable, de forma que finalísticamente quien asume el coste del siniestro es el propio propietario responsable de su falta de aseguramiento por no haber cumplido su deber de aseguramiento ya que es un seguro de “suscripción obligatoria”. No es esta una afirmación gratuita, sino que tanto la LRCSCVM como el propio Reglamento (Art. 30 d), establece que debe ser el Consorcio quien indemnice cuando surja controversia entre el Consorcio y la entidad aseguradora acerca de quien debe indemnizar la perjudicado. Y el redactado se nos antoja que no deja lugar a dudas ni elección para el Consorcio. Que es un punto que requiere una regulación nueva y clara es que 918 de las 1.202 controversias (el 77,20%) en 2003 lo han sido por impago de prima o fracción del Art. 15 LCS.
- Mayor seguridad técnica para el sector.
- No habría tantos vehículos sin asegurar. No podemos olvidar que el número de siniestros registrados en el año 2003 por vehículos sin

seguro ha sido de 54.981, (Fuente informe del Consorcio "Situación a 31 Diciembre 2003")

3.6 Hacia una regulación baremada del daño corporal en todos los ámbitos de la responsabilidad.

Cuando en distintos foros se acomete el debate sobre si es necesaria o no una baremización del daño corporal que derive de responsabilidad, lo primero que se nos plantea es establecer que objetivos se persiguen.

En este sub-apartado, se hace una propuesta de establecimiento de un sistema de baremo único para todo el daño corporal que derive de responsabilidad civil, a la búsqueda de varios objetivos:

- Establecer un mecanismo dotado de la máxima certeza posible en aquellas áreas del Daño Corporal por Responsabilidad en las que existe gran indeterminación, que a su vez provoca:
 - Inseguridad técnica.
 - Inseguridad jurídica
- Reducir la disparidad en las fijaciones de las cuantías indemnizatorias.
- Objetividad y homogeneidad de criterios, con el consiguiente equilibrio técnico y financiero.
- Aumento de las transacciones y rapidez en las indemnizaciones.
- Ahorro de costes de gestión para las aseguradoras y de tramitación para los perjudicados.
- Desarrollo de los ramos de Responsabilidad Civil, y mejora del mercado y de ofertas de seguro y de coberturas en actividades que por sus imprevisibles costes siniestros, las aseguradoras prefieren no trabajar, de forma que permitiera potenciar los seguros de RC como el más eficaz instrumento de reparación de los daños derivados del desarrollo de las actividades humanas y de asimismo opera como mecanismo adecuado de distribución de costes en el mercado.
 - A modo de ejemplo, no podemos hacer oídos sordos al respecto a las tan repetidas y reiteradas peticiones del sector médico en el sentido de que se regule un sistema de valoración objetivo que a la vez permita a las aseguradoras estudiar correctas coberturas a primas adecuadas, ante las tan dispares y a veces disparatadas indemnizaciones que por actos médicos se vienen otorgando.
 - Sin olvidar tampoco a otros profesionales y/o prestadores de servicios.

Cuestiones todas ellas, entre otras, que el Baremo de la Ley 30/95, tras casi 10 años desde su entrada en vigor, ha demostrado, con creces y pese a algunas críticas (cada vez más minoritarias, por cuanto la bondad del sistema - mejorable sin duda-, es patente).

Bajo esta consideración, de que el Baremo de la Ley 30/95 ha logrado sus propósitos y convencido a casi todos, nos planteamos la necesidad de ampliarlo a los otros ámbitos de la Responsabilidad Civil, en cuanto cada vez son más los campos que comportan un riesgo para la sociedad por la propia actividad (industrial, de ocio, etc..) , y cada vez son más las que se rigen por sistema objetivo a la hora de imputar responsabilidad, ya sea por regulación propia, ya sea por creación jurisprudencial.

Y otro argumento que a nadie puede escapar, es que el sistema del Baremo de la LRCSCVM, ha ido trasponiéndose como sistema de cálculo de las indemnizaciones a casi todos los ámbitos jurisdiccionales.

De lo que no hay duda, es que se ha creado una cultura (sana cultura) transaccional y una certeza jurídica de la que antes se carecía.

Podemos afirmar que el fenómeno de la RC y su imputación objetiva viene experimentando un efecto expansivo que exige cada vez más un tratamiento del “coste del riesgo”

Este es uno de los precios del progreso, *el factor riesgo*. La responsabilidad civil va perdiendo su carácter individualista, para colectivizarse y las soluciones deben ser también de tipo colectivo, en cuanto también que a la vez serán más justas.

Y la sociedad, que ha aceptado que “el factor riesgo” penetre en nuestras vidas sin reparos, debe arbitrar sistemas capaces de dar respuestas que aporten estabilidad y seguridad, a través del principio mutuo (esencia del seguro), esto es, a través del seguro.

Ya no estamos solamente frente a un problema exclusivamente jurídico de Responsabilidad Civil, sino que el sistema debe ir evolucionando dentro del concepto de *gestión económica del derecho de daños*, que una sociedad pueda soportar, teniendo en cuenta que una sociedad moderna debe resolver a través del pacto y no del pleito.

Resulta del todo negativo, antisocial y antieconómico para el tráfico comercial y económico la judicialización de nuestras relaciones, incluso las que provoquen daño (sin delito, claro).

Un sistema en el que las partes del negocio jurídico conozcan a priori los criterios de valoración del daño causado o soportado, siempre resultará altamente rentable económica y socialmente.

No podemos obviar que un sistema como el actual en la R Civil del Automóvil, que resuelve aproximadamente un 85 / 90 % de los asuntos por la vía transaccional y que en los casi 10 años de vigencia ha sabido introducir dos importantísimas mejoras (ambas en beneficio de los perjudicados que realmente tienen daños objetivables) , sin duda hay que afirmar que es un buen sistema, de ahí su ya citada fuerza expansiva con la que viene aplicándose a otros campos de la Responsabilidad Civil

Con tales antecedentes y premisas, nos atrevemos a defender un sistema que permita la determinación objetiva de las cuantías de las indemnizaciones, propuesta, que no es nueva ni mucho menos, puesto que voces más autorizadas lo venían postulando desde hace tiempo.

Así ya el insigne Magistrado D. Enrique Ruiz Vadillo, nos decía que:

“los baremos deben tener en un primer momento un carácter orientativo, no vinculante, sin perjuicio de que si se obtuviera un amplio consenso, después de un periodo de 5-10 años de rodaje y de perfeccionamiento pudieran alcanzar el carácter de obligatorios”

...necesitamos una Ley que armonice el sistema indemnizatorio en orden a la pérdida de la vida humana y del daño corporal donde han de hacerse jugar muchos factores pero a cuyo través se consiga que frente a situaciones sensiblemente iguales las indemnizaciones también lo sean.

Tas la experiencia del Baremo de automóviles, ¿podemos plantearnos ampliarlo a otros campos? ¿Se cumplen las condiciones?:

- Llevamos casi 10 años de Baremo para la RC del Automóvil
- Amplio consenso. Se aplica por los Tribunales para otros supuestos de RC, en cuanto que los jueces y tribunales han ido viendo que les sirve de valiosa ayuda para fundamentar correctamente las resoluciones judiciales
- Rodaje y perfeccionamiento
 - Destacamos las 2 importantes mejoras:
 - La modificación de 1999 respecto a días de baja.
 - La reforma de la Tabla VI en 2003.

Del mismo tenor se manifiestan otros sectores de la doctrina:

Rafael Giménez de Parga en la Jornada Jurídica sobre la Responsabilidad Civil y la Valoración del Daño Corporal (Madrid 25 marzo 1998):

“...debo afirmar que disponer de una ley de carácter general, es decir pudiendo ser aplicada a todos los supuestos dolosos y culposos, es altamente beneficioso para conseguir el objetivo de reforzar el principio de seguridad jurídica”

Ó en las mismas jornadas, Juan Antonio Xíol Ríos:

...Considero, pues,...que sería deseableacudir a una sistemática legislativa que se acomodara bien a la perspectiva de una ley especial de valoración del daño corporal en relación con el Código Civil y que presentara disposiciones bien meditadas de enlace con el resto de los ámbitos de la responsabilidad civil, pero sin extender sin más su carácter vinculante a todos ellos.

Por su parte Mariano Medina Crespo⁽²⁷⁾, miembro cualificado de numerosas instituciones y voz destacada en el estudio de la Responsabilidad Civil, nos indica que:

*“...un buen tema a desarrollar sería el de la reforma deseable del sistema legal de valoración....reforma altísimamente conveniente, sino necesaria...
...La reforma tendría que incidir fundamentalmente, sobre 10 puntos...
...1º, la Generalización del sistema, mediante una Ley General Orgánica de Valoración del Daño Corporal....imponiéndose como instrumento para la valoración de cualesquiera daños corporales...sin limitarse, por tanto, a los causados en los accidentes de circulación..*

Por nuestra parte, podemos señalar que en definitiva, todo parece apuntar a que parece que sería también un buen momento para plantearse una reforma de Ley de Contrato de Seguro, que en su actual redacción solamente dedica 4 (insuficientes y de confusa redacción) artículos, desde el 73 al 76, a un campo tan amplio y que es el gran reto del futuro para las aseguradoras, como el de la responsabilidad Civil.

Debería aprovecharse la ocasión para predefinir y regular los tipos de contratos, coberturas, límites, que actividades (profesionales, industriales, la Administración), deberían verse sujetas a seguros obligatorios y los sistemas indemnizatorios (que siendo único el sistema general en cuanto a reglas generales de aplicación, podría contener varios sub-baremos).

Asimismo, las reglas de carácter general deberían ser lo más claras y tantas como se crea necesario, evitando, por los efectos que hemos podido observar en estos casi 10 años, las interpretaciones, ya que dejar demasiado contenido a la interpretación judicial, es cuando menos sinónimo de disparidades en su aplicación y a la larga de inseguridad jurídica, que una ley como la que estamos hablando debería evitar al máximo posible.

Y acometer el estudio de una Ley General de la Responsabilidad Civil, con las dificultades que pueda conllevar su conjugación con el Código Civil (Comisión General de Codificación, por ejemplo), pero lo nos parece que está fuera de duda es que el tradicional sistema de responsabilidad aquiliana, basada en la conducta culposa (activa u omitiva), del agente generador del daño, que se sustentaba en que el hombre (género) dominaba sus actos generadores de riesgo, está tambaleándose ante los nuevos tipos de sociedad, en los que no dominamos los actos y hemos convenido libremente y sin arbitrio ni tasas, el convivir con el riesgo.

Por ello, ponerse a trabajar en esta necesaria reforma, de largo alcance y trascendencia social, económica y jurídica, nos parece que no puede posponerse durante más tiempo.

⁽²⁷⁾ El tratamiento resarcitorio de las lesiones permanentes a la luz de la nueva Tabla VI del sistema valorativo. Congreso de Responsabilidad Civil- Barcelona- 2004

En cuanto al sistema valorativo del daño corporal dentro de esta Ley General de Responsabilidad Civil, decir que el actual Baremo resultaría incompleto, puesto que aún habiendo sido modificada la tabla VI, quizás faltaría un nuevo reajuste que contemplara más casuísticas y situaciones lesivas, (daños sexuales, contagios hospitalarios o por actos médicos, errores de diagnóstico, daños atómicos, químicos...etc...), habida cuenta que el actual Baremo responde a las necesidades de la tipología del daño para el que se creó, cual es el daño eminentemente de origen traumático, y a la vez contemplar nuevas situaciones como la de atención y prestación de servicios a domicilio (Grandes lesionados, tercera edad...)...Etc...

El sistema de valoración se aplicaría a toda clase de daños corporal derivado de responsabilidad extracontractual, pero en todo caso, hasta los límites de coberturas legal o contractualmente establecidos.

Tal vez la oportunidad de empezar la tengamos a través del futuro baremo Europeo, al que dedicamos el sub-apartado siguiente, no sin antes señalar, en palabras de Enrique Ruíz Vadillo⁽²⁸⁾:

*“ ...El sistema de baremos, con una u otra expresión y con uno u otro contenido es absolutamente imprescindible (y la vuelta atrás cada día es más difícil)...
...la carencia de toda norma de fijación de criterios, cuantías máximas y mínimas, es el reino del caos, de la inseguridad, de la desigualdad...
...El sistema de valoración de la vida y del daño corporal no se crea para pagar menos sino para indemnizar mejor y más rápidamente.*

Hablamos pues de un sistema, y un sistema debe tener un contenido de mínimos consistentes en:

- Ha de ser suficiente para considerar todas las dimensiones del daño corporal, físico o psíquico.
- Jerárquico.
- Coherente.
- Equitativo.
- Sostenible.
- Estructurado sobre un modelo médico y social.

⁽²⁸⁾) Conferencia de clausura de la Jornada Jurídica “La Responsabilidad Civil y la Valoración del Daño Corporal). Madrid, marzo 1998. UNESPA, SEAIDA, ICEA y COLEX

3.7 Un apunte sobre el baremo europeo.

En este epígrafe se plantea como objetivo de futuro, la oportunidad de armonizar los sistemas indemnizatorios en todos los países de la Unión, a través de un Baremo de valoración del daño corporal.

El propósito no es abordar el desarrollo de todo el sistema de indemnización que pretenda paliar las diferencias entre los distintos ordenamientos internos, (tarea que aunque necesaria, trasciende del marco de este trabajo) en la que deberán conjugarse distintos sistemas, tanto de evaluación médica, como de sistemas de redistribución (seguros obligatorios, voluntarios, límites de coberturas, exclusiones, participación o no de los sistemas de la seguridad social...etc...), sino una exposición que pretende plasmar que sería factible de momento el establecimiento de un baremo, cuanto menos de valoración y cuantificación del daño desde el punto de vista médico pericial, es decir, de valoración del daño biológico, tanto físico como psíquico, ya que nada impide que los daños psicofísicos sean evaluados en base a criterios científicos que produzcan resultados uniformes, para posteriormente ir integrando un sistema mixto de baremo médico con un sistema baremizado de indemnizaciones.

Mapa 1. Actual composición de la Unión Europea

Mapa de la Unión Europea de los 25, por años de incorporación.

Actualmente el único país que dispone de un baremo vinculante es España, y disponen de baremo orientativo: Bélgica, Alemania, Francia, Grecia, Gran Bretaña, Luxemburgo, Portugal y Holanda.
No bareman, Austria e Irlanda

El Consejo de Ministros de la C.E.E, aprobó el 26 de abril de 2004, la posición común sobre la Propuesta de Directiva (Quinta Directiva Autos), que propone el Parlamento Europeo, de la que destacamos principalmente los elementos más significativos referentes a una mayor protección a las víctimas de los accidentes de tráfico:

- Eleva el límite del Seguro Obligatorio a 1.000.000 € por víctima
- Obligación de “oferta motivada” similar la de la 4ª Directiva (oferta motivada en 3 meses) en el supuesto de que se haya determinado la responsabilidad y se haya cuantificado el daño, independientemente del estado miembro de residencia de la víctima y del lugar donde se haya producido el accidente.
- Acción directa (que nuestro ordenamiento ya contempla)
- Prescripción, 4 años.
- Gastos judiciales y costes necesarios y adecuados para conseguir la indemnización, a cargo del responsable civil.

Como vemos, se avanza hacia la tan necesaria armonización en el espacio económico europeo, a lo que no es ajeno el tema de la baremización del daño.

No resultará fácil la armonización en cuanto la Unión Europea no tiene competencias en materia de derecho civil, por ello el “llamado baremo europeo” se enmarca dentro de la Quinta Directiva en materia de seguros, que permita a los Estados de la Unión, la paulatina incorporación en sus legislaciones nacionales.

En este contexto, el Parlamento Europeo, en fecha 27 de Agosto de 2003, publica *una Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas*, ante la ausencia de disposiciones comunitarias sobre la evaluación de daños corporales, y ante las evidencias de que:

- En los distintos estados, los daños corporales se evalúan y reparan en base a disposiciones legales y en tradiciones jurisprudenciales y doctrinales distintas.
- Es fuente de controversias y litigios con repercusiones transfronterizas.
- Es necesaria una aproximación entre Estados en la materia.
- Es necesario tener en cuenta los principios de subsidiariedad y proporcionalidad en la evaluación del daño corporal.
- La evaluación se fundamenta en agresiones médicamente constatables y por ende evaluables por un médico.
- No es evaluable el daño moral puro, por lo que debe aplicarse al mismo una misma y única tasa, ya que lo que no se puede evaluar, no se puede objetivar.
- La evaluación requiere una unidad y un sistema.

Sentadas estas premisas o principios, esta propuesta de Baremo Europeo, ¿vendría a solucionar los déficits de nuestro actual baremo?

¿Serviría o podría servir de base para un nuevo baremo de “todo el daño corporal”?.?

Un detallado análisis nos dice que tiene aspectos muy positivos y otros que proponemos sean mejorados antes de ser aplicado en nuestro sistema:

Aspectos positivos:

1. Define la lesión psicofísica (nuestro sistema no define lo que es “secuela” o “estado secuelar”).

“ La reducción definitiva del potencial físico y/o psíquico médicamente constatable o médicamente explicable, a la que se añaden los dolores y las repercusiones psíquicas que el médico sabe que se asocian normalmente a la secuela, así como las consecuencias en la vida diaria habitualmente y objetivamente asociadas a dicha secuela.

2. Se ha concebido para uso exclusivo de los peritos. Lo que elimina la “interpretación” judicial sobre aspectos exclusivamente médicos.
3. Se basa en un sistema de menoscabo de las funciones, sobre la base 100 del individuo, sin fórmulas matemáticas, que a los juristas tan poco gusta de aplicar.
4. No es un maxi-baremo, sino una guía para peritos expertos.
5. Algunas secuelas requieren la atención de especialistas médicos en la materia.
6. Evita duplicidades y sobre-valoraciones.
7. Evita puntuaciones de “complacencia”.
8. Apuesta por la aplicación del sentido clínico, el sentido común y el realismo del médico evaluador.
9. Lo que no se puede medir, difícilmente se podrá evaluar.

Aspectos mejorables:

1. No incluye suficientes reglas de utilización, por lo que cae en el peligro de dejar demasiado juego a la interpretación judicial y ello, crea inseguridad, tanto técnica como jurídica.
2. Podría aportar criterios o definiciones sobre días de impedimento, total, parcial, no impeditivo, en función de determinados tipos de lesiones originarias, que las actuales técnicas terapéuticas permite establecer, siquiera orientativamente.
3. Lo mismo respecto a las duraciones medias de las lesiones más frecuentes y típicas, así como sobre los procesos curativos aconsejables

(en aras a mejorar la prestación y el control de los servicios de asistencia sanitaria a lesionados).

4. Debería establecerse que requisitos mínimos debe reunir un médico para poder estar homologado a ejercer la pericia médica (“médico evaluador”) , tanto privada como para poder ejercer de perito judicial.
5. No establece los cauces para como debe hacerse un informe pericial médico.
6. Debería establecer un sistema de informe médico “tipo” como requisito previo a la “oferta razonada”.

Entendemos que antes de incorporarlo a nuestro sistema, deberían resolverse estas cuestiones, pues volver a un sistema en el que se apuesta por el sentido común y el realismo del médico valorador, sin establecer garantías sobre la calidad, acceso, control sobre quienes podrán ejercer la pericia, nos plantea más que serias dudas sobre su aplicación, si atendemos a los antecedentes y la realidad de nuestro país, en cuanto al nombramiento de peritos judiciales, y también de médicos “privados”, que aportan sus informes sin tener la condición de perito ni siquiera titulación alguna en valoración del daño corporal.

En este sentido, no deberíamos dejar pasar la oportunidad de que estatutariamente se regulara el acceso a la pericia médica y aprovechar la labor y experiencia de las distintas sociedades existentes dedicadas a la valoración del daño corporal, (estatales y autonómicas), que cuentan con grandes profesionales médicos, que se dedican tanto a la investigación como a la valoración con criterios cada vez más científicos y constatados por su imparcialidad.

En Resumen: Podemos afirmar que nada dificulta que se pueda establecer un único baremo médico que cuantifique en porcentajes el daño corporal. Y en cuanto al baremo de indemnizaciones, los puntos resultantes de dichos porcentajes también podrían ser únicos, resultando que lo único que podría ser variable, sería el valor económico que cada Estado otorgara a los puntos resultantes, de forma que esta cuantificación pudiera ir haciéndose gradualmente que no supusiera una alteración sustancial de las primas en un primer momento, atendiendo a las actuales diferencias (importantes), de los niveles de indemnización entre los distintos países.

Ello permitiría a la vez tener puntos de referencia comunes que facilitaría la comparación entre países y la progresiva aproximación en los importes de las indemnizaciones.

Los expertos médicos han hecho su trabajo, queda a los juristas establecer el sistema.

Capítulo 4. Conclusiones

Son DOS las CONCLUSIONES a las que llegamos al término de este estudio, que por supuesto no pretenden sino la mejora de la gestión de los siniestros para las Entidades Aseguradoras, a la vez que no se vean reducidas las pretensiones de los perjudicados, ni sus derechos para ejercitarlas, manteniendo o mejorando si cabe las garantías de los mismos.

Conclusión Primera:

Los resultados por siniestralidad para las Entidades Aseguradoras, en el ámbito del daño corporal derivado de la circulación de vehículos a motor, son susceptibles de mejorar, a través de introducir innovaciones en los sistemas de gestión, tanto en lo que se refiere a sistemas propiamente dichos basados en las nuevas tecnologías, como a las estructuras organizativas que se abordan en el Capítulo Segundo de esta Tesis, basando la organización de la gestión en la especialización por topologías de siniestros y de lesionados, y en la correcta gestión del conocimiento, soportado todo ello en sanos criterios de valoraciones, consignaciones y liquidación por transacción, apoyándose en redes externas de profesionales de dependencia directa de la Dirección de siniestros, y con baja externalización de servicios.

Conclusión Segunda:

Al igual que amplios y destacados miembros de la Judicatura, de la Doctrina y del Sector asegurador, entendemos y nos sumamos a sus más fundados criterio, en el sentido que parece llegado el momento de acometer una reforma tanto del derecho de daños por responsabilidad en general, como el referido al daño corporal en particular, orientando dicha reforma hacia una “desjudicialización” del mismo, afrontando los cambios (algunos profundos y que precisarían de tiempo y necesarios debates para ir ahondando en la solución de las cuestiones más críticas y de mayor calado legislativo) legislativos necesarias.

Una vez mas debemos referirnos al antes citado y adalid de esta materia, D. Enrique Ruiz Vadillo, quien ya en Octubre de 1997 (Conferencia en Santiago de Compostela), proponía la preparación de una *Ley Orgánica de Valoración de la Vida Humana y del Daño corporal, físico y psíquico* y manifestaba con su proverbial visión de futuro:

....Nos dirigimos a marchas forzadas a una universalización de los problemas....

....es incuestionable que, como una consecuencia más de la llamada socialización del Derecho a la que se refirieron, entre otros, con especial acierto, los profesores Castán y Hernández Gil, se habrá de producir la

socialización de los riesgos...., lo que obviamente, ...ha de realizarse poco a poco...Y que probablemente todos los supuestos habrán de sujetarse a reglas.

Más recientemente , indicaba D. Tomás Muniesa ⁽²⁹⁾

La Ley de Contrato de Seguro es ya muy antigua (23 años). La Ley no es inamovible y es posible que haya llegado el momento de plantearse la gigantesca tarea de restaurarla completamente. No es una decisión ni fácil ni precipitada, pero es posible que sea necesario tomarla, ya que el seguro ha de estar plenamente vinculado a los nuevos hechos económicos, que han cambiado radicalmente el panorama de las relaciones entre asegurador y asegurado (y añadimos....y también con los terceros perjudicados).

Quizás no hubiéramos podido escoger mejor momento, puesto que la Ley 34/2003, de 4 de Noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados, emplaza al legislador (Disposición Final 1ª) a una modificación integral de la normativa , entre otras, sobre:

- La responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor
- Texto refundido de la Ley de Ordenación y supervisión de los seguros

La citada D.F 1ª, indica:

Delegación legislativa en el Gobierno para la aprobación de los textos refundidos de la ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor y del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, y ampliación del plazo para la elaboración del texto refundido de la ley de ordenación y supervisión de seguros privados.

⁽²⁹⁾ Lección inaugural Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras y Cursos de Postgrado relacionados (2003-04).

Bibliografía

ARQUILLO COLET, Begoña (2002) , *El dret de regrés a l'assegurança de responsabilitat civil*. Institut d'estudis catalans

CABALLERO GEA, José Alberto (1998) *Las Responsabilidades Penal y Civil dimanantes del Accidente de Circulación*. Dickinson
DE ANGEL YAGÜEZ.. *Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño)* Madrid. Cívitas.

FERNANDEZ BALLESTEROS, Miguel Ángel (2001). *Comentarios a la nueva LEC*, Inggium Editores,

FERNANDEZ ENTRALGO, Jesús (2000). *Primera Sangre. Notas sobre la sentencia 181/2000 de 29 de junio, del Pleno del Tribunal Constitucional*. Revista La Ley

GARBERÍ LLOBREGAT J, MORENILLA ALLARD P, BUITRÓN RAMIREZ G, (2000), *Nueva Ley de Enjuiciamiento Civil*. Bosch

JEAN-PIERRE DANIEL (2003), *L'assurance automobile aujour d'hui*. Collection École nationale s'assurances, Paris- Vuibret

MARTIN CASALS, MIGUEL (2001). *¿Hacia un baremo europeo sobre el proyecto Busnell-Lucas?* Ponencia. II Congreso de Responsabilidad Civil y Seguro. Córdoba

MORENO FERNANDEZ, LUIS (2001) *Un baremo europeo de valoración del daño corporal*. Comunicación. II Congreso de Responsabilidad Civil y Seguro. Córdoba.

MUNIESA ARANTEGUI, Tomás. (2003) *Present i futur de l'Assegurança*. Lliçó inaugural, Máster en Direcció de Entitats Asseguradores i Financieres. UB

PAUMAD COLLADO, Fernando. (1999), *El Derecho de Repetición*. Mesa redonda, VI Congreso de Derecho de la Circulación, Cáceres.

PÉREZ TORRES, José Luis. *Conociendo el Seguro. Teoría General del seguro*. Umeser, S.A.

PINTOS AGER, Jesús. (2000). *Efectos de la variabilidad sobre la resolución de conflictos*. InDret.

PORTER, Michael. (1982), *Estrategia competitiva*, México- Cecsá.

REGLERO CAMPOS, Fco., (2002). *Tratado de Responsabilidad Civil*. Aranzadi.

RUBIO LLORENTE, Francisco (1996) *Dictamen sobre la Constitucionalidad del Baremo*, Solicitado por Unespa

AUDIENCIA PROVINCIAL DE ALICANTE. (2003), *Guía unificadora de criterios en materia de derecho penal y civil y legislación complementaria*. Iltre. Colegio de Abogados de Alicante.

COMITÉ EUROPEO DE SEGUROS. *XIV Coloquio Jurídico Internacional del CEA*. Octubre de 1999

CONSEJO DE ESTADO. 2000. *Dictamen número 2.562/200, de 2 de Noviembre, sobre el proyecto de Real decreto, por el que se aprueba el reglamento sobre la responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor*.

CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS. Ministerio de Economía. Informe "Situación a 31 Diciembre de 2003"

ICEA. *El Seguro de Automóviles. Siniestralidad por garantías*. Estadística año 2002

MINISTERIO DEL INTERIOR, D.G.T., *Anuario Estadístico General 2002*

UNESPA, SEAIDA, ICEA Y COLEX, (1998) *Jornada Jurídica, La Responsabilidad Civil y la valoración del daño corporal*. Madrid

UNESPA. (2003-04) *Convenios marco de Asistencia sanitaria derivados de Accidentes de Tráfico*

PARLEMENT EUROPÉEN. Commission juridique et du marché intérieur. (Agosto 2003). *Projet de rapport sur un guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique*.

GALCERA GOMBAU, José M^a. (Febrero 2.004) -Iltre. Colegio de Abogados de Jaén. Jornadas sobre el nuevo baremo de tráfico *La nueva Tabla VI del Baremo*. Ponencia

GALCERA GOMBAU, José M^a. (Junio 2.003) *Ejecución del Título de Cuantía Máxima*. Cádiz, Iltre. Colegio de Abogados. Ponencia

Anexos

Glosario.

(Con autorización de Seguros Catalana Occidente S.A.)

ACCIDENTE: Suceso eventual que altera el orden regular de las cosas, y que se presenta de forma violenta, súbita, por causa externa, pudiendo producir o no, daños en las personas o en las cosas.

ACCIÓN: Es una petición que se ejercita ante un Tribunal, en la que se solicita el reconocimiento de un derecho propio.

Acción Civil: Es la que se ejercita, mediante la correspondiente demanda, ante la jurisdicción civil para ejercitar o reclamar un derecho.

Acción Penal: Es la que se ejercita en un proceso de carácter penal, mediante denuncia o querrela.

Acción Directa: Es la facultad que tiene el perjudicado por un siniestro, para reclamar una indemnización directamente contra la Entidad Aseguradora de RO, sin paso previo frente al asegurado.

Acción subrogatoria: Derecho que corresponde al acreedor para ejercitar, en defensa de su crédito, las acciones que corresponderían al deudor, y que éste no lleva a cabo.

ACUMULACIÓN: Unión de dos o más procesos de la misma clase y naturaleza, para juntarlos en uno solo y decidir todas las cuestiones en una única sentencia.

ACTOR: En un proceso judicial, es la persona que inicia o presenta una demanda o reclamación; también se denomina demandante.

ACTUACIÓN DE OFICIO: Es aquella que inicia un órgano judicial sin instancia de parte.

ALCOHOLEMIA: Contenido de alcohol en la sangre o aire expirado.

ALEGACIONES: Argumentaciones de las partes en un proceso, para defender sus pretensiones.

ALÍCUOTA: Parte proporcional de un todo. Pueden ser proporcionales, progresivas o regresivas.

ALLANAMIENTO: Acto procesal en el que la parte demandada muestra su conformidad con la petición del demandante, puede ser parcial y total.

AMPARO :Recurso extraordinario ante el Tribunal Constitucional por vulneración de los Derechos Fundamentales constitucionalmente protegidos.

APELACIÓN: *Ver recurso.* Es un recurso que se interpone ante el mismo Juez que dictó la resolución recurrida, y que será resuelto por el órgano jurisdiccional superior jerárquico.

ASEGURADO: Titular del interés objeto del contrato de seguro. Puede o no coincidir con la persona del tomador..

ASEGURADOR: Entidad mercantil que, a cambio del pago de una prima, se obliga a la prestación contractual o legalmente fijada, en caso de que se produzca el evento previsto y cubierto.

ASCIDE: Acuerdo Suplementario del Convenio de Indemnización Directa Español.

AVAL: Contrato por el que una persona garantiza el cumplimiento de una obligación de otro, o en caso contrario, deberá responder de su pago.

BAREMO: En el Derecho de la Circulación, conjunto de normas y tablas para la valoración de daños corporales que determinan un cuadro de importes establecidos en función de los distintos conceptos indemnizables por los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación. Sistema introducido con carácter vinculante por la ley 30/1995, de 8 de noviembre.

BENEFICIARIO: Persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen. En el seguro del automóvil es la persona física o si resulta titular del derecho a la indemnización. En Daños Corporales los beneficiarios vienen establecidos por ley (Baremo).

CADUCIDAD: extinción de los derechos a reclamar algo, por el simple transcurso del tiempo. Tiene lugar por voluntad de la Ley, o por acuerdo entre las partes.

CASACIÓN: (*Ver recurso*). Se trata de un medio de impugnación extraordinario, sólo accesible por motivos tasados por ley. Los resuelve el Tribunal Supremo.

CITACIÓN: Acto procesal por el que se ordena la comparecencia de una persona en un tiempo y lugar determinados.

COMPARECENCIA: Acto mediante el que una persona, con las debidas formalidades, se presenta para ser arte en un determinado proceso o expediente.

COMPENSACION DE CULPAS: Cuota de responsabilidad de dos o más intervinientes en el "iter" del suceso o hecho siniestral.

C.M.S.: Cose Medio Sectorial o Módulo de Compensación Sectorial.

CIDE: Convenio de Indemnización Directa Español, para la liquidación de daños materiales a vehículos.

CICOS: Centro Informático de Compensación de Siniestros CIDE y ASCIDE. Sistema de tramitación.

CONDENA: Decisión judicial contenida en el fallo de la sentencia, donde se impone la pena correspondiente en una causa criminal o se accede a lo pretendido (en todo o en parte) por el demandante en un proceso civil.

CONDENA EN COSTAS: Pronunciamiento de la sentencia por el que se obliga al condenado a satisfacer los gastos originados en el procedimiento.

COSA JUZGADA: Efecto que adquieren las cuestiones resueltas mediante sentencia judicial firme. No se puede volver a juzgar.

COSTAS JUDICIALES: Gastos ocasionados a las partes durante la tramitación de un procedimiento judicial. Comprende los derechos y tasas que debe percibir el Estado, los honorarios de los profesionales intervinientes, así como cualquier otra percepción legal establecida.

CULPA: Infracción legal que se comete cuando se produce un resultado dañoso por imprudencia o negligencia del causante.

CULPA LEVE: La negligencia en que incurre un buen padre de familia.

CULPA OBJETIVA: La que, al contrario de la culpa subjetiva, implica responsabilidad por el mero hecho de producir un daño, aunque no haya imprudencia o negligencia en la persona que lo origina.

CULPA SUBJETIVA: La que, al contrario de la culpa objetiva, implica responsabilidad por el daño producido debido a que hay imprudencia o negligencia por parte de la persona que lo origina.

D.A.A.: Declaración Amistosa de Accidente. Parte Amistoso Europeo. Válido para aplicación convenio C.I.D.E.

DAÑO: Pérdida personal o material producida a consecuencia directa de un siniestro.

Daño consecucional: Para distinguirlo del daño directo, se da este nombre a aquel que es consecuencia mediata o indirecta de un siniestro. Por ejemplo, en un incendio, daño directo es la pérdida ocasionada por el fuego y daño consecucional puede ser el producido por el agua que han utilizado los servicios de extinción para sofocar el incendio.

Daño corporal: El que afecta a la integridad física de una persona. Se denomina también lesión corporal y su manifestación extrema es la muerte.

Daño directo: Sinónimo, en general de daño, para diferenciarlo del daño consecucional o indirecto.

Daño emergente: Daño realmente producido a diferencia del lucro cesante.

Daño corporal indemnizable: Se indemniza: la pérdida sufrida y la ganancia que hayan dejado de obtener, previstos, previsibles o que conocidamente se deriven del hecho generador, incluyendo los daños morales. Cuantificados y limitados por el BAREMO.

Daño material: El que afecta a los bienes o patrimonio de una persona.

Daños a terceros: El producido por una persona a otras, tanto de carácter corporal como material.

Daños y perjuicios: Expresión que se utiliza para designar no sólo la pérdida producida como consecuencia directa de un evento (daño) sino también de las que indirectamente se deriven de éste (perjuicio).

DELITO: Acción u omisión dolosa, penada por la ley.

DEMANDA: Es el escrito dirigido a un Juzgado para iniciar un proceso y en el que se reflejan las pretensiones deducidas mediante la descripción de los hechos y fundamentos de derecho objeto de la acción formulada, así como la petición clara y precisa de lo que se reclama.

DEMANDADO: Persona contra la que se ejercita una demanda.

DEMANDANTE: Persona que ejercita una demanda. Es también sinónimo de actor.

DENUNCIA: Información verbal o escrita que se da a la autoridad competente respecto a la comisión de un delito o falta.

DÍA HÁBIL: Aquel en que pueden practicarse validamente diligencias judiciales.

Son días hábiles todos los del año, a excepción de los domingos, los días de fiesta nacional y los festivos a efectos laborales en la respectiva Comunidad Autónoma o localidad. Son inhábiles los días del mes de agosto

DILIGENCIAS JUDICIALES: Conjunto de actividades desarrolladas por el Juez, o sus auxiliares, y las partes, o sus representantes, dentro de un proceso judicial.

DOLO: Voluntad maliciosa con intencionalidad de engañar o causar daño o perjuicio a otro.

EJECUCIÓN DE SENTENCIA: Acto por el que se llevan a efecto los términos de una resolución judicial, en la forma y condiciones fijadas por ésta.

EMBARGO: Medida cautelar adoptada por la autoridad judicial o administrativa, mediante la que se retienen bienes del deudor para asegurar el resultado de un proceso judicial o de un procedimiento administrativo de apremio.

FALLO: Es la parte de la sentencia en que se fijan los términos de la misma y la forma en que hay que cumplirla.

FALTA: Acción u omisión imprudente penada por la ley.

FRANQUICIA: Cantidad por la que el asegurado es propio asegurador de sus riesgos y en virtud de la cual, en caso de siniestro, soportará con su patrimonio la parte de los daños que le corresponda. En Daños Corporales no hay franquicias.

FRAUDE: Cuando con ánimo de lograr un enriquecimiento injusto a través de la indemnización que se espera conseguir de la aseguradora:

- Se procura intencionadamente la ocurrencia del siniestro.
- Se simula una acción concreta y/u ocultan o varían datos esenciales, bien sea por la actuación del propio asegurado, del perjudicado o de terceras personas.

Todo tipo de fraude tiene un denominador común: el falseamiento de hechos o datos y una finalidad común: obtener una indemnización que no corresponde.

FUERZA MAYOR (Y CASO FORTUITO):

Fuerza Mayor: Es cuando se produce un acontecimiento imprevisto, imprevisible e inevitable. Existe un obstáculo externo e invencible. Es externo y ajeno al deudor.

Fortuito: Es cuando se produce un acontecimiento imprevisto, pero que se puede prever. El obstáculo no es absoluto. Eventos connaturales, esporádicos, que aunque se confía que no sucedan, van produciéndose.

HECHOS DE LA CIRCULACIÓN: Son los derivados del uso y circulación del vehículo asegurado en la póliza por vías y bienes de dominio público, garajes y aparcamientos, así como por vías privadas que no estén especialmente destinadas o acotadas para el desarrollo por dicho vehículo de un trabajo o labor industrial o agrícola.

A los efectos de la responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos a motor y del seguro de suscripción obligatoria regulado en este Reglamento, se entienden por hechos de la circulación los derivados del riesgo creado por la conducción de los vehículos a motor a que se refiere el artículo anterior, tanto por garajes y aparcamientos, como por vías o terrenos públicos y privados aptos para la circulación, tanto urbanos como interurbanos, así como por vías o terrenos que sin tener tal aptitud sean de uso común.

No se entenderán hechos de la circulación los derivados de la celebración de pruebas deportivas con vehículos a motor en circuitos especialmente destinados al efecto o habilitados

para dichas pruebas, sin perjuicio de la obligación de suscripción del seguro especial previsto en el apartado 2 del artículo 16. (Ver.Reglamento)

Tampoco se considerarán hechos de la circulación los derivados de la realización de tareas industriales o agrícolas por vehículos a motor especialmente destinados para ello, sin perjuicio de la aplicación del apartado 1 en caso de circulación por las vías o terrenos mencionados en dicho apartado.

Tampoco tendrá la consideración de hecho de la circulación la utilización de un vehículo a motor como instrumento de la comisión de delitos dolosos contra las personas y los bienes. En todo caso, será hecho de la circulación la utilización de un vehículo a motor en cualquiera de las formas descritas en el Código Penal como conducta constitutiva de delito contra la seguridad del tráfico, incluido el supuesto previsto en el artículo 383 de dicho Código Penal.

INCAPACIDAD: *En general*, carencia de aptitud legal para ejercer derechos y contraer obligaciones.

Física o psíquica: Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar determinadas actividades (profesionales o extraprofesionales).

Pueden distinguirse diversos tipos, que pueden dar lugar a distintas indemnizaciones: por su duración, la incapacidad puede ser temporal o permanente; por su importancia y extensión, parcial, total y absoluta.

INDEMNIZACIÓN: Importe que está obligada a pagar contractualmente la Entidad Aseguradora en caso de producirse un siniestro. Es la contraprestación económica que corresponde al asegurador a cambio del pago de la prima que corresponde al asegurado. En los seguros de personas la indemnización corresponde al capital o renta pactado en la póliza. En los seguros sobre cosas es la reposición económica en el patrimonio del asegurado del valor del objeto dañado o desaparecido en el siniestro, bien a través de la reposición del objeto, bien mediante la entrega de una cantidad en metálico equivalente al valor real de los bienes.

En el Seguro de responsabilidad civil, es el pago de los daños y perjuicios causados al perjudicado por un hecho previsto en el contrato, de cuyas consecuencias es civilmente responsable el asegurado, conforme a derecho.

IMPAGO DE PRIMA: El pago de la prima es una de las obligaciones esenciales del tomador del seguro o en su caso del asegurado. En caso de impago de la prima, las consecuencias son las siguientes:

- Si la falta de pago se refiere a la primera prima (o a la prima única según el caso), el asegurador puede optar entre resolver el contrato o exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, quedando asimismo, salvo pacto en contrario, liberado de la obligación de atender el siniestro producido antes del pago.

- Si la falta de pago se refiere a la segunda o sucesivas primas, el tomador tiene para realizar el pago el plazo de gracia de un mes computado desde la fecha de vencimiento, transcurrido el cual se producen los siguientes efectos si no se efectúa al pago:

- Suspensión de la cobertura por parte del asegurador.

- Durante el plazo de seis meses, contado desde el vencimiento, el asegurador puede reclamar el pago de la prima, quedando extinguido el contrato si no se efectúa tal reclamación en dicho plazo.

En caso de que se abonen las primas antes de que el contrato se resuelva o se extinga, la cobertura reinicia su efecto a las veinticuatro horas del día en que se produjo dicho pago. La prima es normalmente anual y la obligación de pagarla íntegramente no se desvirtúa por el hecho de su fraccionamiento.

JUICIO: Procedimiento judicial en el que siguiendo los trámites correspondientes a la clase de que se trate, se resuelve la controversia surgida entre partes o se impone una pena mediante sentencia.

JUICIO DE FALTAS: Por el que se enjuician actos antijurídicos de rango inferior al de delito, y que no suelen llevar pena privativa de libertad.

JUICIO EJECUTIVO: Es aquel que se tramita en forma sumaria para hacer efectivas obligaciones o deudas que derivan de títulos con fuerza ejecutiva, determinada legalmente.

JUICIO ORAL: Trámite del procedimiento en el que se efectúa las pruebas y alegaciones de las partes, testigos, peritos, de viva voz y ante el juez o tribunal competente que dicta la sentencia correspondiente.

JURISPRUDENCIA: Conjunto de principios constitutivos de fuente de derecho basados en resoluciones o sentencias judiciales. Sólo crea jurisprudencia el Tribunal Supremo.

JUZGADO: Tribunal de un solo juez.

MAGISTRADO: Juez miembro de un tribunal colegiado.

MORA: Retraso culpable en el cumplimiento de una obligación que no impide su cumplimiento posterior.

NEGLIGENCIA: Descuido. Omisión. Falta de diligencia o cuidado. Imprudencia

NORMATIVA: Conjunto de leyes y reglamentos aplicables a determinada materia.

OFRECIMIENTO DE ACCIONES: Acto por el que, en un procedimiento criminal, se instruye al ofendido del derecho que tiene para ser parte en ese procedimiento y renunciar o no a las indemnizaciones que le puedan corresponder.

OFRECIMIENTO DE PAGO: Declaración de voluntad del deudor, dirigida al acreedor, de estar dispuesto a cumplir inmediatamente lo debido o exigido. Es previo a la consignación del artículo 1108 Código Civil.

PARTE: Cada una de las personas que interviene en un pleito como demandante o actor o como demandado, o que contratan entre sí o participan en cualquier otro negocio jurídico.

PEATÓN: Aunque en el Reglamento no se recoja, se puede establecer que una persona será considerada como tal condición, en todos los casos, excepto en el acto de subida y bajada del vehículo, en cuyo caso adquirirá la condición que ocupaba en el mismo, de ocupante o conductor.

PERJUDICADO: Quien ha sufrido un daño en su persona, en sus derechos, bienes o intereses. En terminología aseguradora persona que, a consecuencia de un siniestro, sufre un daño o perjuicio.

PERJUICIO ESTÉTICO: La estética es todo aquello relativo a la percepción de la belleza. Un perjuicio estético es aquel que altera de forma permanente y "visible" alguna zona corporal, que produce estigma, tara o fealdad. Es una secuela de valoración muy subjetiva, mas aun según se especifica en la nueva Tabla VI del Baremo , en las que no hay que tener en cuenta sexo, edad o profesión.

Hay alteraciones estéticas que no producen daño estético, son aquellas que no afectan a la capacidad de atracción del lesionado (cicatriz oculta en cuero cabelludo o cicatriz en planta del pie, por ejemplo.

PERJUICIO ESTÉTICO ESTÁTICO: Aquel que es invariable con el movimiento, por lo que no afecta al movimiento armónico corporal (cicatrices, pérdida de sustancia, pérdida de pabellón auricular, etc).

PERJUICIO ESTÉTICO DINÁMICO: Deformidad variable con el movimiento, alteran el movimiento armónico corporal (alteraciones de la mímica por parálisis musculares, las cojeras, las amputaciones, uso de silla de ruedas, modificación de los gestos, etc).

PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES: Es la pérdida del derecho de ejercitar las acciones que, correspondan en cada caso, por haber transcurrido los plazos legales establecidos a tal efecto; se pueden "interrumpir".

PRIMA: Cantidad a satisfacer por el tomador de un contrato de seguro, en contraprestación del riesgo asumido por el asegurador.

PRINCIPAL: Cantidad nominal que figura en una demanda, sentencia, auto..., exenta de costas e intereses.

PROCESO: Juicio, causa, litigio o procedimiento. Conjunto de actuaciones y diligencias judiciales que conforman cualquier causa civil o penal. Técnicamente el "proceso" se incardina en el ámbito judicial, mientras que el "procedimiento" es más propio del actuar de la Administración Pública.

PRUEBA: Conjunto de actuaciones efectuadas dentro de un juicio a instancia de las partes o de oficio, encaminadas a probar los hechos alegados o a verificar la veracidad o falsedad de las alegaciones mantenidas en defensa de las respectivas pretensiones.

QUERRELLA: Acción penal ejercitada a instancia del ministerio fiscal o de un particular (querellante) acusando a otro (querellado), que se efectúa por escrito y solicitando la práctica de las pruebas encaminadas a la averiguación del delito y la adopción de las medidas cautelares y aseguratorias que se estimen convenientes.

RECLAMACIÓN: En general, es una solicitud planteada a una persona para la satisfacción de un derecho; en la terminología aseguradora, esta palabra se utiliza frecuentemente para referirse a la demanda de indemnización. Cuando se lleva a cabo ante un juez o tribunal, estamos ante una reclamación judicial.

RECIBO FINIQUITO: Es el documento que firma el asegurado o el perjudicado por un siniestro, una vez que la Entidad Aseguradora ha satisfecho la indemnización correspondiente.

RECOBRO: Normalmente, se utiliza este concepto para significar la cantidad que una entidad aseguradora recupera del tercero responsable de un accidente o siniestro (o de su aseguradora) previamente pagada por ella a su asegurado.

RECONSTRUCCIÓN DE SINIESTROS: Determinación y estudio de las causas y circunstancias acaecidas en la producción del siniestro, cuya finalidad es determinar cómo se produjo el mismo, para establecer cuál de los vehículos o quien de los conductores resultan responsables del mismo.

RECURSO: Acción de acudir a un tribunal u órgano administrativo o judicial con el deseo de que modifique, en todo o en parte, la sentencia o resolución dictada por el mismo o por otro órgano de inferior jerarquía.

RENUNCIA: Acción de desistir voluntariamente de una cosa que se tiene o del derecho o acción que se puede tener.

REPETICIÓN (derecho de): Acción legal que corresponde a una persona contra otra para reclamar a ésta los pagos efectuados indebidamente por cuenta de ella.

RESERVA DE ACCIONES: Declaración judicial en una resolución según la cual su contenido no perjudicará la acción que una de las partes o a un tercero pueda corresponder o ejercer en otra causa o en otra vía.

RESPONSABILIDAD: Deber jurídico que corresponde al individuo imputable que ha cometido un hecho ilícito, de asumir las consecuencias que del mismo se deriven, previstas en la ley. Se distinguen los siguientes tipos de responsabilidad:

Civil: En general, es la obligación que tiene una persona de reparar los daños y perjuicios producidos a otra a consecuencia de una acción u omisión, propia o de tercero por el que deba responderse, en que haya habido algún tipo de culpa o negligencia.

Civil contractual: Se da este nombre a la responsabilidad civil que nace en virtud de un contrato establecido entre las partes afectadas.

Civil cuasi-objetiva: Se dice de la responsabilidad civil garantizada por el seguro de automóviles de suscripción obligatoria y que recae en todo conductor de vehículo de motor que, con motivo de su circulación, causa daños a terceros, salvo que pruebe que el accidente se ha debido a culpa exclusiva de la víctima o por causa de fuerza mayor.

Civil extracontractual: Se da este nombre a la responsabilidad civil que nace en general en virtud de la ley, sin que sea precisa la existencia de un contrato entre las partes afectadas.

Civil subsidiaria: La que corresponde a una persona por los actos u omisiones de otra. Así, el padre es responsable civil subsidiario respecto a sus hijos menores de edad.

Criminal: Aquella que se deriva de una acción u omisión dolosa o culposa, penada por la ley y realizada por persona imputable.

Mancomunada: Para diferenciarla de la responsabilidad solidaria, se da este nombre a la que, en virtud de un contrato, corresponde a cada una de las partes afectadas, y en la cuantía preestablecida para cada una de ellas. El responsable mancomunado responde por "su parte"; el solidario, "por todo".

Solidaria: Para diferenciarla de la responsabilidad mancomunada, se da este nombre a la que, en virtud de un contrato, corresponde a las partes afectadas, cada una de las cuales responde por la totalidad de la obligación o deuda, sin perjuicio de su derecho a recuperar de las otras partes lo que a éstas les correspondiese. El responsable solidario responde por "todo"; el mancomunado, por "su parte".

Directa: El asegurador, cuando se produce el riesgo asegurado, será responsable civil directo (L.C.S. Art. 76). El perjudicado o sus herederos tendrán acción directa contra el asegurador. Y Art. 117 C. Penal.

S.D.M.: Sistema de tramitación Siniestros Daños Materiales en plataforma similar al sistema CICOS, para la resolución de aquellos siniestros convencionales de daños materiales, a los que no pueden aplicarse los convenios CIDE y ACIDE.

SEGUNDA INSTANCIA: Tramitación del recurso de apelación, mediante el que se revisa la sentencia dictada en primera instancia.

SENTENCIA: Resolución judicial razonada, por la que se decide sobre la cuestión planteada por los litigantes en proceso civil o por la que se absuelve o se condena al acusado en un proceso penal.

SENTENCIA FIRME: Se dice de la sentencia que ha sido consentida por las partes litigantes o contra la que no cabe recurso alguno, salvo el extraordinario de revisión.

SINIESTRO: Es la manifestación concreta del riesgo asegurado.

El Código de Comercio se refiere al siniestro como *el evento que pone en funcionamiento la obligación del asegurador, es decir, el riesgo asegurado*.

La palabra siniestro que jurídicamente carece de significado, nos es útil, pues por sí misma comprende el sentido global entre acción y resultado, esto es, la destrucción o pérdida (total o parcial) que sufren las personas o la propiedad, por lo que se refiere tanto a los daños a las cosas como a las lesiones personales, cualquiera que sea su índole, extensión o intensidad.

Estamos, pues, ante un concepto más amplio que el de "Accidente", y es que éste puede ocasionar o no un daño. El siniestro, para materializarse, precisa la existencia de un daño.

La Ley de Contrato de seguro, lo define como la producción del evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar.

SUBROGACIÓN: En sentido jurídico general, es la sustitución de una persona por otra distinta que ejercerá los derechos y acciones de aquélla.

TASACIÓN DE COSTAS: La que practica el juzgado o tribunal cuando la sentencia condenatoria incluye el pago de las costas del procedimiento y que comprende la liquidación de los gastos judiciales y los honorarios y derechos de los profesionales intervinientes.

TESTIGO: Persona ajena a las partes de un procedimiento que, a instancia de éstas, declara sobre la veracidad de los hechos que se debaten en el pleito.

TÍTULO: Origen o fundamento jurídico de un derecho u obligación y demostración documental auténtica de los mismos.

TRANSACCIÓN: Sinónimo de arreglo amistoso extrajudicial.

TRIBUNAL: Órgano del Estado encargado de la administración de justicia. Se denomina así a los órganos colegiados integrados por varios magistrados, a diferencia del órgano unipersonal que se llama juzgado.

UNESPA: La Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras es la organización Patronal de las empresas de seguros que operan en el mercado español. Más de 300 entidades, que superan el 90% del mercado asegurador, forman parte de ella.

VEHÍCULO A MOTOR: (Reglamento de fecha 13/1/2001) Tienen la consideración de vehículos a motor, a los efectos de la responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos a motor y de la obligación de estar asegurados, todo vehículo, especial o no, idóneo para circular por la superficie terrestre e impulsado por motor, incluidos los ciclomotores así como los remolques y semirremolques, estén o no enganchados, con exclusión de los ferrocarriles, tranvías y otros que circulen por vías que les sean propias.

No se encontrarán incluidos en el ámbito material del presente Reglamento los vehículos a motor eléctricos que por concepción, destino o finalidad tengan la consideración de juguetes, en los términos definidos y con los requisitos establecidos en el artículo 1.1 del Real Decreto 880/1990, de 29 de junio, sobre normas de seguridad de los juguetes, y normativa concordante y de desarrollo.

Tampoco se encontrarán incluidas en el ámbito material del presente Reglamento las sillas de ruedas.

Nombre y apellidos del autor:

José M^a Galcerá Gombau

Información personal:

Estado Civil: Casado

Nacionalidad: Española

Fecha de Nacimiento: 28-5-1953

Lugar de nacimiento: Caseres (Tarragona)

Titulaciones y estudios.

Licenciatura de Derecho. Universidad de Barcelona (1998-1993)

Estudios de Filosofía y Letras Universidad de Barcelona (1973-1974)

Diplomado en Seguridad y Prevención contra incendios (CEPREVEN) 1989

Técnicas de Reconstrucción de Accidentes de Tráfico. (Tercer Nivel) Instituto de investigación sobre reparación de vehículos S.A. (CENTRO ZARAGOZA) 1995

Actividad profesional:

Seguros Catalana Occidente S.A., Responsable de Daños Corporales Automóviles

Otros:

Miembro del Comité de Seguimiento de Convenios de Asistencia Sanitaria (UNESPA)

Cursos y seminarios.

Ponente:

- VII Congreso de Derecho de la Circulación, Seguros y Responsabilidad Civil del Ilustre Colegio de Abogados de Cádiz. (Junio 2.003) *Ejecución del Título de Cuantía Máxima*
- Jornadas sobre el nuevo baremo de tráfico. Ilustre Colegio de Abogados de Jaén. (Febrero 2.004), *La nueva Tabla VI del Baremo*
- Riesgos Industriales. ICEA. Barcelona 1989
- Seminario "Valoración Daño Corporal". ICEA. Madrid 1995 Asistente:
- Jornada de estudio: "la asistencia al politraumatizado. Hospital General de Manresa (Barcelona) 1995
- III Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Barcelona 1995
- Jornadas Derecho de Circulación. Asociación Profesional de la Magistratura. Madrid 1996 y Barcelona 1997
- Jornada WORKSHOP .El Seguro de Automóviles. INESE. Barcelona 1996
- Jornada "Indemnizaciones de Daños Corporales en Accidentes de Tráfico". ENFOQUE XXI Barcelona 1997
- Jornada WORKSHOP . Lucha contra el Fraude. INESE. Barcelona 1997
- Jornada sobre Grandes Lesionados. ICEA. Madrid 1997
- Jornada "La nueva Ley de Enjuiciamiento Civil". ESADE 1999
- 1ª Jornada Aspectos Médico Prácticos del sistema de valoración del daño corporal. MAPFRE. 2000
- Jornada " La responsabilidad y la Indemnización del Daño". UNESPA. S'Agaró, 2000

- 1er Curso “La Nueva Ley de Enjuiciamiento Civil”. ESADE. Barcelona 2000 / 2001
 - 2º Curso “La Nueva Ley de Enjuiciamiento Civil”. ESADE Barcelona 2002
 - 3er. Congreso Nacional de la Asociación Española de Abogados especializados en Responsabilidad Civil y Seguro. Salamanca 2003
 - Distintos congresos de Responsabilidad Civil (Colegio Abogados Barcelona, Inese, etc..)
-
-