

**DOS AÑOS DE  
APLICACIÓN DE LA  
LEY 35/2015**

**ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE MADRID**

**10 DE ABRIL DE 2018**

**JOSE MANUEL VILLAR CALABUIG. ABOGADO**



# **EL PROCESO DE RECLAMACION Y OFERTA**

## DESPENALIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE LOS ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN

- La responsabilidad penal pasa a clasificarse en imprudencia grave e imprudencia menos grave, ligada a la gravedad de las lesiones,
- La norma no ayuda a interpretar que es grave y que es menos grave, y sobre todo no hay un criterio unánime sobre las imprudencias menos graves y si están mas cerca de las graves o de las que hasta ahora entendíamos como leves, Esta opción supondría que solo se despenalizan las “levísimas”
- ¿Cómo se tramitará? Dependiendo de como actúen los cuerpos y fuerzas de seguridad al valorar la responsabilidad del causante, el perjudicado deberá desplegar una mayor o menor actividad para la correcta tramitación de la causa penal.

## EL PROCEDIMIENTO PENAL POR ACCIDENTE DE CIRCULACION

- ✓ Accidente en el que concurra Imprudencia grave y el siguiente resultado lesivo (art.152.1 CP)
  - ✓ Lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental (art.147.1)
- ✓ Accidente en el que concurra Imprudencia menos grave y el Siguiete resultado lesivo (art. 152.2 CP)
  - ✓ Pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica (art. 149 CP)
  - ✓ Pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad (art. 150 CP).

## EL PROCEDIMIENTO PENAL POR ACCIDENTE DE CIRCULACION

CORRESPONDENCIA  
A U T O N° 165/2017 AP MADRID 23 DE  
FEBRERO 2017

IMPRUDENCIA GRAVE (ART. 152.1 CP)	Infracción muy grave (art. 77 RD 6/2015)
IMPRUDENCIA MENOS GRAVE (ART. 152.2 CP)	Infracción grave (art. 76 RD 6/2015)

- *Pero resulta concluyente al caso que nos afecta que en el presente supuesto resulta que tan solo concurre la desgraciada situación final del resultado lesivo de la perjudicada, con amputación de la pierna izquierda, como resultado del accidente, y ello debería venir acompañado de una situación de imprudencia grave o menos grave del art. 152.1 o 2 CP , ya que en casos de lesiones de pérdida de miembro principal, como ocurre en este caso, el hecho sería constitutivo de delito, tanto si la infracción de la conducta prevista en el RD 6/2015 arts, 76 o 77 del mismo fuera imprudencia grave o menos grave, ya que la pérdida de miembro principal es constitutiva de delito, **pero siempre que al mismo tiempo se trate de imprudencia grave o menos grave, ya que el resultado lesivo del art. 149 CP de pérdida de miembro principal, como lo es una pierna, será delito tanto si se trata de una imprudencia grave, como si se trata de imprudencia menos grave.***

# CRITERIOS GENERALES A DEBATE

- ✓ **El sistema de valoración** que establece esta Ley se aplicará únicamente a los accidentes de circulación que se produzcan tras su entrada en vigor. Régimen General para los artículos reformados en la Ley.
- ✓ **Artículo 40. Momento de determinación de la cuantía de las partidas resarcitorias.**  
I. La cuantía de las partidas resarcitorias será la correspondiente a los importes del sistema de valoración vigente a la fecha del accidente, con la actualización correspondiente al año en que se determine el importe por acuerdo extrajudicial o por resolución judicial. (frente al Artículo 38. **Momento de la determinación de las circunstancias para la valoración del daño.**)
- ✓ Actualización Índice de las pensiones....

# IRRETROACTIVIDAD DE LA LEY Y DEL SISTEMA

## Última jurisprudencia

Por entenderlo de su interés remitimos tres autos dictados en idéntico sentido, que establecen que el conjunto normativo introducido por la Ley 35/2015, incluidas las nuevas normas procesales del artículo 7 LRCSCVM sobre la inadmisión de la demanda ante la falta de reclamación previa a la aseguradora, sólo se aplicarán a accidentes ocurridos a partir del 1 de enero de 2016.

- [Auto de la Audiencia Provincial de Álava de 3 mayo de 2016](#)
- [Auto de la Audiencia Provincial de Gerona de 20 de mayo de 2016](#)
- [Auto de la Audiencia Provincial de Granada de 3 de junio de 2016](#)

*De este modo resulta incoherente una hermenéutica que traslada a un hecho previo, el accidente de autos, requisitos que en ese momento no se exigían, y sin embargo, resulte inaccesible a las eventuales mejoras sustantivas que introduce la reforma, en bloque, a partir del 1 de enero de 2016. Precisamente para evitar que las reclamaciones con base al nuevo baremo se multiplicaran, la norma, aprobada en septiembre de 2015, dispone su eficacia a partir de unos meses después.*

*art. 2 LEC dispone que “Salvo que otra cosa se establezca en disposiciones legales de Derecho transitorio, los asuntos que correspondan a los tribunales civiles se sustanciarán siempre por éstos con arreglo a las normas procesales vigentes, que nunca serán retroactivas”.*

*DT 4ª del Código Civil. Si el ejercicio del derecho o de la acción se hallara pendiente de procedimientos oficiales empezados bajo la legislación anterior, y éstos fuesen diferentes de los establecidos por el Código, podrán optar los interesados por unos o por otros”*

## LA NUEVA REDACCION DEL ART. 7

### Solución a algunas dudas surgidas hasta la fecha **LA RECLAMACION**

*Si en el momento de realizar la reclamación, no se conoce la cuantificación de los daños, o bien por tratarse de lesiones de larga duración, y todavía no estén estabilizadas o bien, por no disponer de un informe de valoración médica, que permita cuantificar el importe de los daños personales: A lo único que obliga el citado art. 7, es a aportar toda la documentación médica o pericial que permita cuantificar los daños y determinar la indemnización que proceda, pero en el caso de que no se disponga de dicha información, nada impide que se formule la reclamación extrajudicial, dejando pendiente el importe a reclamar para un momento posterior, cuando se esté en disposición de poder conocer la cuantía de los daños.*

*Según dice literalmente el párrafo tercero del art. 7.1, la reclamación del perjudicado debe contener **cuanta información médica, asistencial o pericial o de cualquier otro tipo tengan en su poder que permita la cuantificación del daño**, por lo que la obligación del perjudicado es hacer entrega de la información de esta naturaleza de la que disponga en el momento de realizar la reclamación, pero ello no impide, que si no dispone de la misma o si dispusiera de información posterior no entregada anteriormente, no pudiera admitirse una demanda por adolecer de defectos la reclamación previa. De no ser así, se estaría vulnerando el derecho a la tutela judicial efectiva, derecho reconocido en nuestra Constitución.*

*Habría que distinguir:*

- Art. 7.2: obligación del asegurador de emitir una oferta o respuesta motivada en plazo de 3 meses desde la reclamación del perjudicado, sin concretar ningún requisito especial exigible a dicha reclamación del perjudicado.*
- Art. 7.1: establecimiento de un requisito procesal para el perjudicado que consiste en la necesidad de que exista una reclamación previa del perjudicado (con un determinado contenido y aportando cierta documentación) para poder reclamar posteriormente en vía judicial.*



# LA CONSIGNACIÓN. ART. 9

- Art. 7. 3. e) Podrá consignarse para pago la cantidad ofrecida. La consignación podrá hacerse en dinero efectivo, mediante un 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 órgano jurisdiccional correspondiente, garantice la inmediata disponibilidad, en su caso, de la cantidad consignada.

Cuatro. Se modifica la letra b) del artículo 9, que queda redactada del siguiente modo:

- ➔ «b) Cuando 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 presentación de la oferta motivada a que se refiere la letra a) de este artículo, el órgano jurisdiccional correspondiente, 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 ofrecida y consignada por el asegurador, atendiendo a los criterios del Título IV y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el Anexo de esta Ley. Contra la resolución judicial que recaiga no cabrá recurso alguno.»

# EL DESARROLLO PARA INTERVENCIÓN DE FORENSES

## LA VALORACIÓN FORENSE

- ➔ Según lo establecido en el art. 7.5 LRCSCVM, sólo se contempla la posibilidad de promover un procedimiento extrajudicial con la intervención del IMLCF, cuando hubiera **una disconformidad del perjudicado con la oferta motivada realizada por la aseguradora, sin existir tal posibilidad en caso de respuesta motivada, supuesto no previsto en el texto legal.**
- ➔ Deja la norma muchas lagunas sobre como se debe actuar ante una respuesta motivada por falta de nexo causal. En principio no esta regulado por la norma y puede ser causa de conflicto
- ➔ La Ley mantiene *b) Contendrá, de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga, **incluyendo el informe médico definitivo**, que acrediten las razones de la entidad aseguradora para no dar una oferta motivada.*(y que solo se entiende para la falta de nexo causal)
- ➔ El forense podrá intervenir ante ofertas motivadas que traten la concurrencia de culpas por falta de medida de seguridad o por las consecuencias provocadas por no haber seguido un tratamiento adecuado .
- ➔ Intervención del forense en el proceso civil. El forense debería intervenir en el proceso civil para someterse al principio de contradicción.

# ARTICULO 37

- Necesidad de informe medico y deberes recíprocos de colaboración
- ✓ La determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante informe médico.

## DEBERES DE LAS PARTES

- ✓ El lesionado debe prestar, desde la producción del daño, la colaboración necesaria. El incumplimiento de este deber constituye causa no imputable a la entidad aseguradora ( respecto a la regla 8ª del artículo 20 de la LCS) y determinará que no empiecen a devengarse intereses moratorios.
- ***Los servicios médicos proporcionarán tanto a la entidad aseguradora como al lesionado el informe médico definitivo que permita valorar*** las secuelas, las lesiones temporales y todas sus consecuencias personales. A los efectos del artículo 7.3.c) de esta Ley, carecerá de validez la oferta motivada que no adjunte dicho informe, salvo que éste se hubiera entregado con anterioridad.

## LOS TIPOS DE INFORMES MEDICOS

### Informe Clínico. Def.

*“Un informe clínico o informe médico es un documento que certifica los hallazgos obtenidos por la evaluación médica de un paciente, el mismo es emitido por el médico tratante”.*

### Informe de valoración.

**“La Valoración del Daño Corporal** designa la actuación pericial médica dirigida a conocer con la máxima exactitud y objetividad, las consecuencias que un suceso traumático determinado ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona, y a obtener una evaluación final que permita al juzgador establecer las consecuencias exactas del mismo: penales, laborales, económicas, familiares, morales, etc. (Profesor D. Juan Antonio Gisbert Calabuig). **La Valoración del Daño Corporales** una rama de la **Medicina Legal.**”

**POR TANTO, A QUE TIPO DE INFORME SE REFIERE LA LEY?**

## LOS TIPOS DE INFORMES MEDICOS

### **ART. 37 DEL SISTEMA DE VALORACION**

La determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse **mediante informe médico** ajustado a las reglas del sistema

- ✓ *El lesionado debe prestar, desde la producción del daño, la colaboración necesaria para que los servicios médicos designados por cuenta del eventual responsable **lo reconozcan y sigan el curso evolutivo de sus lesiones***
- ✓ ***Los servicios médicos proporcionarán** tanto a la entidad aseguradora como al lesionado **el informe médico definitivo que permita valorar** las secuelas, las lesiones temporales y todas sus consecuencias personales. A los efectos del artículo 7.3.c) de esta Ley, carecerá de validez la oferta motivada que no adjunte dicho informe, salvo que éste se hubiera entregado con anterioridad.*

## LOS TIPOS DE INFORMES MEDICOS

### **El Art. 7.2 párrafo segundo señala**

*“A estos efectos, el asegurador, a su costa, **podrá solicitar previamente los informes periciales privados que considere pertinentes**, que deberá efectuar por servicios propios o concertados, si considera que la documentación aportada por el lesionado es insuficiente para la cuantificación del daño”.*

**\*Son estos informes periciales privados los informes médicos definitivos?**

Otras normas que tratan el concepto de informe médico

*Art. 113.5. En las secuelas iguales o superiores a treinta puntos y que por su naturaleza pueden requerir un tratamiento periódico, deberá demostrarse mediante **prueba pericial médica** la previsibilidad de dichos gastos futuros.*

*Art. 115.1. Se resarce directamente al lesionado el importe de las prótesis y órtesis que, por el **correspondiente informe médico**, precise el lesionado a lo largo de su vida.*

*Idem Art.116, 117.*

## LOS TIPOS DE INFORMES MEDICOS

### LO QUE SE INTERPRETA TRAS LA PUBLICACION DE LA GUIA DE BUENAS PRACTICAS

#### 3. Informe médico en los casos de oferta motivada relativa a las secuelas

3.1. En los casos de reclamación de secuelas, si el lesionado aporta un informe médico asistencial o pericial, de acuerdo con lo que dispone el art. 7. 1 LRCSCVM, la entidad siempre tendrá que aportar **informe médico definitivo**. En estos casos, si el lesionado aporta un **informe médico pericial** con la puntuación otorgada y la codificación de secuelas, la buena práctica exige que en el **informe médico definitivo** de la entidad también se indiquen los puntos asignados a cada secuela y la codificación que le corresponda.

3.2. No obstante, en el caso de secuelas que deriven de un traumatismo menor de columna vertebral, solo será necesario que la entidad aporte informe médico definitivo si el lesionado aporta **informe médico pericial concluyente** que acredite la existencia de la secuela, de acuerdo con lo que establece el art. 135.2 LRCSCVM. De acuerdo con la indicado en el apartado III. 2.2.2, a) en este caso la buena práctica permite que los puntos asignados a cada una de las secuelas y la codificación que les corresponda consten en la oferta motivada o en el informe médico definitivo que se adjunte a ella. En los casos de traumatismos menores de columna vertebral sin secuelas, la buena práctica permite que la entidad base su oferta motivada en la documentación médica aportada por el lesionado.

## LOS TIPOS DE INFORMES MEDICOS

### QUE POSIBLE DEFINICION PODEMOS DAR:

- **INFORME PERICIAL.** Emitido por médico especialista en Valoración del Daño Corporal, bajo las reglas del sistema. Se incluye en esta categoría tanto el informe médico definitivo como el informe médico concluyente.
- **INFORMES CLINICOS O ASISTENCIALES.** Informes emitidos por los médicos que hayan asistido al lesionado, que no deben contener valoración conforme al sistema. Estos informes, junto con la exploración del lesionado a efectos de secuela, constituirán la base del informe médico definitivo y del informe pericial.
- **INFORME MEDICO CONCLUYENTE.** Informe médico pericial que acredite las secuelas en traumatismos menores de la columna vertebral, aunque informes asistenciales podrían ser también concluyentes sin necesidad de pericial.
- **INFORME DEFINITIVO.** Es el informe médico pericial emitido por el perito médico de la aseguradora, bajo las reglas del sistema, a la estabilización del lesionado. Se refiere a definitivo a diferencia de los informes de seguimiento.



## LOS TIPOS DE INFORMES MEDICOS

### CONCLUSIONES:

- LA COMISION DE SEGUIMIENTO DEBERIA **DEFINIR LOS CONCEPTOS** DE INFORME MEDICO DE FORMA DETALLADA
- LOS INFORMES DEFINITIVOS DE LOS MEDICOS DE LA ASEGURADORA, SON INFORMES **PERICIALES** Y **DEBEN CONTENER LA VALORACIÓN** DEL PERJUICIO TEMPORAL Y DE SECUELAS DE CONFORMIDAD CON LAS REGLAS DEL SISTEMA
- LOS INFORMES MEDICOS DEFINITIVOS **DEBEN MOTIVAR LA VALORACIÓN**, ESPECIALMENTE CUANDO HAYA DISCREPANCIA ENTRE LA DOCUMENTACION MEDICA APORTADA POR EL LESIONADO Y LA VALORACIÓN
- **LA OFERTA MOTIVADA NO DEBE CUMPLIR LA FUNCION DE INFORME PERICIAL** CON EL DETALLE DE SECUELAS Y PERJUICIO TEMPORAL, QUE LE INFORME MEDICO QUE LA ACOMPAÑA NO VALORA.
- EL **INFORME MEDICO CONCLUYENTE** DEL TRAUMATISMO MENOR PARA SECUELAS, LA GUIA DE BUENAS PRACTICAS LO IDENTIFICA COMO **PERICIAL**.

# CONVENIOS DE INDEMNIZACIÓN DIRECTA

## ■ La Oferta motivada en los Convenios

Se prevé la intervención de la aseguradora del responsable del siniestro en los siguientes casos:

- Si no se hubiesen satisfecho o reparado los daños en los bienes mediante la aplicación de un convenio de indemnización directa, en cuyo caso deberá presentar la oferta motivada de indemnización o, en su caso, la respuesta motivada en los términos y plazos legales.
- Cuando concurren daños a las personas y en los bienes, deberá presentarse la oferta motivada de indemnización correspondiente a los primeros o, en su caso, dar respuesta motivada.



# **LESIONES TEMPORALES**

# SITUACIÓN PREVIA

## *Indemnizaciones por incapacidad temporal (compatibles con otras indemnizaciones)*

### **A) Indemnización básica (Incluidos daños morales):**

**Durante la estancia hospitalaria ..... 71,84€**

#### **Sin estancia hospitalaria:**

**Impeditivo (1) ..... 58,41€**

**No Impeditivo ..... 31,43€**

*Se entiende por día de baja impeditivo aquél en que la víctima está incapacitada para desarrollar su ocupación o actividad habitual.*

### **B) Factores de corrección:**

#### *Perjuicios económicos. Ingresos netos anuales de la víctima por trabajo personal:*

<b>Hasta 28.758,81€</b>	—————→	<b>Hasta el 10%</b>
<b>De 28.758,82€ a 57.517,60€</b>	—————→	<b>Del 11% al 25%</b>
<b>De 57.517,61€ hasta 95.862,67€</b>	—————→	<b>Del 26% al 50%</b>
<b>Más de 95.862,67€</b>	—————→	<b>Del 51% al 75%</b>
<b>Elementos correctores de disminución</b>	—————→	<b>Hasta el 75%</b>

# LESIONES TEMPORALES ARTICULO 138

- **Grados del perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida.**
  - 1. El perjuicio por pérdida temporal de calidad de vida puede ser muy grave, grave o moderado.
  - 2. El **perjuicio muy grave** es aquél en el que el lesionado pierde temporalmente su autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales de la vida ordinaria. El ingreso en una unidad de cuidados intensivos constituye un perjuicio de este grado.
  - 3. El **perjuicio grave** es aquél en el que el lesionado pierde temporalmente su autonomía personal para realizar una parte relevante de las actividades esenciales de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal. La estancia hospitalaria constituye un perjuicio de este grado.
  - 4. El **perjuicio moderado** es aquél en el que el lesionado pierde temporalmente la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal.
  - 5. ***El impedimento psicofísico para llevar a cabo la actividad laboral o profesional se reconduce a uno de los tres grados precedentes.***
  - 6. Los grados de perjuicio son excluyentes entre sí y aplicables de modo sucesivo. En todo caso, se asignará un único grado a cada día.

# REGULACION ADMINISTRATIVA DE LOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.**

**Art. 1**

1. De acuerdo con lo establecido en el artículo 2.3 del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, se distinguen cuatro tipos de procesos de incapacidad temporal, según cuál sea su duración estimada:

- a) Proceso de duración estimada muy corta: inferior a cinco días naturales.
- b) Proceso de duración estimada corta: de 5 a 30 días naturales.
- c) Proceso de duración estimada media: de 31 a 60 días naturales.
- d) Proceso de duración estimada larga: de 61 o más días naturales.

3. A efectos de asignar la duración estimada a cada proceso, el facultativo dispondrá de unas tablas de duración óptima de los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de los mismos en las distintas actividades laborales. Dichas tablas serán suministradas y revisadas periódicamente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Art. 3.2 No obstante, el trabajador podrá solicitar que se le realice un reconocimiento médico el día que se haya fijado como fecha de alta, y el facultativo, si considerase que el trabajador no ha recuperado su capacidad laboral, podrá modificar la duración del proceso estimada inicialmente, expidiendo, al efecto, un parte de confirmación de la baja, en la forma prevista en el artículo 4.

# LESIONES TEMPORALES ARTICULO 135

Indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral.

- I. Los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor, y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica siguientes....

# ARGUMENTOS

La entidad demandada considera que las lesiones que aparecen en los informes médicos no pueden ser debidas al accidente de circulación pues, en primer lugar, siendo cierto que el actor acudió a urgencias el 9 de agosto de 2.016, lo hizo cuatro días después del accidente por lo que se ha roto el nexo causal; en segundo lugar, hay que tener en cuenta el contenido del artículo 135 de la [ley 32/2015](#) de 22 de septiembre de reforma del sistema para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas por lo que, en el presente supuesto, no cumple el criterio cronológico ya que el lesionado no recibió atención médica hasta transcurridos más de 72 horas del accidente.

Considera el Juzgador que este precepto no es de aplicación al supuesto de autos pues el mismo se refiere a traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor, y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, mientras que en el presente supuesto nos encontramos ante un esguince cervical/síndrome del latigazo cervical diagnosticado el 9 de agosto de 2.016 en el servicio de urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre donde se observa que la musculatura paravertebral en región cervical está contracturada, recomendando la utilización de un collarín cervical además de la medicación correspondiente. No nos encontramos ante una mera manifestación de dolor por parte de Don Jeronimo , sino ante una contractura de la musculatura paravertebral que sí que puede ser objetivada incluso con la mera palpación. El perito Sr. Balbino así lo confirma cuando se le pregunta en el acto de la vista y así señala que hay dos datos objetivos: uno, la contractura muscular y dos, el diagnóstico y tratamiento específico de la lesión cervical. La propia perito presentada por la entidad demandada, Sra. Palmira , reconoce que la contractura es objetivable.



# LUCRO CESANTE- GENERAL

- Definición: (Art 143)
  - Pérdida o disminución temporal de ingresos netos provenientes del trabajo personal del lesionado o, en caso de su dedicación exclusiva a las tareas del hogar, en una estimación del valor de dicha dedicación cuando no pueda desempeñarlas.
  - La pérdida de ingresos netos variables se acreditará mediante la referencia a los percibidos en periodos análogos del año anterior al accidente o a la media de los obtenidos en los tres años inmediatamente anteriores al mismo, si esta fuera superior.
  - De las cantidades que resultan de aplicar los criterios establecidos en los dos apartados anteriores se deducen las prestaciones de carácter público que perciba el lesionado por el mismo concepto
- Prestación Seguridad Social
  - En caso de accidente no laboral: 60% desde el día 4 hasta el 20 inclusive. Del 21 en adelante el 75%
  - En caso de accidente laboral: 75% desde que se produce el nacimiento de la obligación

*Pueden existir convenios laborales que completen en ambos casos la acción protectora hasta el 100% del salario*

# PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR INCAPACIDAD TEMPORAL

- La prestación económica consiste en un subsidio diario calculado en función de la base reguladora y el origen de la incapacidad, que se abonará durante los días naturales en que el interesado se encuentre en la situación de incapacidad temporal:
  - Por enfermedad común o accidente no laboral: el 60 por 100 de la base reguladora entre el cuarto y el vigésimo día, y el 75 por 100 a partir del vigésimo primero. Es la empresa la que se hace cargo del día 4º al 15º
  - Por enfermedad profesional y accidente de trabajo: el 75 por 100 de la base reguladora desde el día siguiente al de la baja.
- Base de cotización: se tiene en cuenta la del mes anterior. Las prestaciones por incapacidad parten en todos los casos de la base de cotización
- Siempre se divide entre 30 días

<b>Ejemplo</b>				
Accidente no laboral				
Días de baja		30		
Base de cotización mensual		1.235,00 €		
Base de cotización diaria		41,17 €		
Días		3	0,00 €	
Días	60%	17	419,90 €	944,78 €
Días	75%	10	524,88 €	
Ingreso neto mensual				1.050,00 €
Diferencia LUCRO CESANTE				105,23 €

# LUCRO CESANTE- TAREAS DEL HOGAR

- ✓ La dedicación a las tareas del hogar se valorará en la cantidad diaria de un salario mínimo interprofesional anual hasta el importe máximo total correspondiente a una mensualidad en los supuestos de curación sin secuelas o con secuelas iguales o inferiores a tres puntos
- ✓ En los demás casos se aplicarán los criterios previstos en el artículo 131.
- ✓ Incompatibilidad: La indemnización por pérdida o disminución de dedicación a las tareas del hogar es incompatible con el resarcimiento de los gastos generados por la sustitución de tales tareas.



# **TABLAS LUCRO CESANTE Y DAÑO EMERGENTE**

# EL LUCRO CESANTE. BUENAS PRACTICAS

## **3:1:1. Publicación de las Bases Técnicas Actuariales.**

La buena práctica requiere que para resolver aquellos casos en los que la Ley establece que deben usarse las bases técnicas actuariales a efectos de cálculo (cf. arts. 88.3, 125.6 y 132.4) se utilicen las publicadas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Las Bases Técnicas Actuariales a las que se refiere el artículo 48, que contienen las hipótesis económico- financieras y biométricas del cálculo de los coeficientes actuariales, son las presentadas en Junta Consultiva de Seguros y Fondos de Pensiones.

Con ellas se realizaron todos los cálculos que contiene el modelo actuarial al que se refiere la Ley para hallar todas las tablas, coeficientes y factores actuariales insertas como Anexos. Dichas Bases Técnicas Actuariales están publicadas en la página web de la DGSFP en la siguiente dirección electrónica:

[https://www.dgsfp.mineco.es/Direcciongeneral/JuntaConsultiva/Documentos/JCOrden12122014/Bases\\_Tecnicas\\_Actuariales\\_\\_Baremo\\_\\_IAE\\_\\_\\_\\_20140606\\_\\_VF.PDF](https://www.dgsfp.mineco.es/Direcciongeneral/JuntaConsultiva/Documentos/JCOrden12122014/Bases_Tecnicas_Actuariales__Baremo__IAE____20140606__VF.PDF)

# EL LUCRO CESANTE. BUENAS PRACTICAS

## 3:1:2. Interpretación de las Bases Técnicas Actuariales.

La buena práctica requiere:

- a) Que las Bases Técnicas Actuariales sean siempre interpretadas en el contexto de la LRCSCVM y de su articulado sobre el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.
- b) Que todas y cada una de las hipótesis que contienen las Bases Técnicas Actuariales sean interpretadas en su conjunto, y nunca separada o aisladamente.
- c) Que las hipótesis actuariales definidas en la propia LRCSCVM y las contenidas en las Bases Técnicas Actuariales no sean objeto de modificación, salvo los supuestos previstos en la Ley y con sus limitaciones (cf. arts. 88.3, 125.6 y 132.4).

# EL LUCRO CESANTE. BUENAS PRACTICAS

d) Los ingresos netos de la víctima para calcular el multiplicando son los que se acrediten y no forman parte ni de las hipótesis actuariales definidas en la propia LRCSCVM ni de las Bases Técnicas Actuariales. Para realizar el cálculo actuarial del lucro cesante en los casos de ingresos netos que superen el importe de 120.000 euros recogido en todas las tablas 1.C, referidas al lucro cesante en caso de fallecimiento, y en las tablas 2.C.4, 2.C.5 y 2.C.6, referidas al lucro cesante en supuestos de incapacidad, se considerará el tiempo durante el cual pueda razonablemente preverse que se hubiera mantenido la generación de dichos ingresos. No obstante lo anterior, en aquellos casos en los que la duración del perjuicio se encuentre definida en la ley y ésta la limite a un número determinado de anualidades, la proyección temporal no podrá superar dicha limitación (*Acuerdos de la Comisión de 6 de marzo de*

e) Que, a los efectos de la reducción del perjuicio del lucro cesante establecido en los artículos 88.1 y 132.4 de la LRCSCVM, los sistemas basados en regímenes especiales de la Seguridad Social y los sistemas de previsión social alternativos al régimen especial de trabajadores autónomos tengan la consideración de pensiones públicas.

f) Que la facultad de acreditar una pensión pública distinta de la prevista en las Bases Técnicas Actuariales corresponda exclusivamente al perjudicado