

Análisis del nuevo Baremo aprobado por la Ley 35/2015: indemnizaciones por secuelas y lesiones temporales



Juan José Pereña Muñoz

Fiscal delegado de seguridad vial de la fiscalía provincial de Salamanca

Sumario

1. Introducción.

2. Indemnización por secuelas.

2.1 Perjudicados a efectos de indemnización por secuelas.

2.2 Perjuicio personal básico en las secuelas.

2.2.1 Supuestos especiales.

2.2.1.1 Secuelas concurrentes.

2.2.1.2 Secuelas intergravatorias.

2.2.1.3 Secuelas agravatorias de estado previo

2.2.1.4 Concurrencia de secuelas normales con intergravatorias o agravatorias de estado previo.

2.3 Especial consideración del perjuicio estético.

2.4 Perjuicio personal particular en las secuelas

2.5 Perjuicio patrimonial en las secuelas.

2.5.1 Daño emergente en caso de secuelas permanentes

2.5.1.1 Gastos previsibles de asistencia sanitaria futura 2.4.1.1.1 Resarcimiento de los gastos de asistencia futura

2.5.1.2. Prótesis y órtesis

2.5.1.3 Rehabilitación domiciliar y ambulatoria

2.5.1.4 Ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal.

2.5.1.5 Adecuación de la vivienda

2.5.1.6 Perjuicio patrimonial por el incremento de los costes de movilidad

2.5.1.7 La necesidad de ayuda de tercera persona

2.5.1.7.1 Concepto

2.5.1.7.2 Supuestos de necesidad de ayuda de tercera persona

2.5.1.7.3 Estimación del número de horas necesarias en ayuda de tercera persona

2.5.1.7.4 Criterios para la determinación de la cuantía indemnizatoria por el número de horas necesarias

2.5.2. Lucro cesante en secuelas permanentes.

2.5.2.1 Determinación de los ingresos netos del perjudicado

2.5.2.1.1 El multiplicando

2.5.2.1.2 Tipos de sujetos perjudicados en relación a su situación laboral

2.5.2.1.3 El multiplicador

a) Lesionado en situación de empleo en el momento del accidente.

b) Lesionado en situación de desempleo en el momento del accidente o que lo hubiera estado en cualquiera de los tres años anteriores al mismo c) Lesionado menor de 30 años pendiente de acceder al mercado laboral

c) Perjudicado pendiente de acceder al mercado laboral menor de 30 años y con nivel de formación superior.

d) perjudicado con dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar

3. Indemnización por lesiones temporales

3.1 Perjuicio personal básico en las lesiones temporales

3.2 Perjuicio personal particular en las lesiones temporales

3.2.1 Las intervenciones quirúrgicas

3.2.2 Especial consideración de los traumatismos menores de la columna vertebral

3.3 Perjuicio patrimonial en las lesiones temporales

3.3.1 Daño emergente por lesiones temporales

3.3.1.1 Gastos sanitarios 3.3.1.2 Gastos diversos resarcibles

3.3.2 Lucro cesante por lesiones temporales

a) lesionado en situación laboral activa

b) lesionado dedicado con carácter exclusivo a las tareas del hogar

1. Introducción

La Ley 35/2015 consta de Preámbulo, un artículo único con nueve apartados, tres disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cinco disposiciones finales. De toda esta ley lo que más nos interesa, desde el punto de vista práctico para la indemnización, es el contenido en el Título IV que lleva por rúbrica *“Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación”*, que consta de 112 artículos (artículos 32 a 143 de la ley ambos inclusive), agrupados en dos capítulos.

El Capítulo I lleva por rúbrica: *“Criterios generales para la determinación de la indemnización del daño corporal”* (Sección 1.ª Disposiciones Generales y Sección 2.ª Definiciones).

El Capítulo II incluye las reglas para la valoración del daño corporal, y en sus tres secciones se ocupa, respectivamente, de las indemnizaciones por causa de muerte, por secuelas y por lesiones temporales, que se plasman, respectivamente, en las tablas 1, 2 y 3.

A su vez, en cada una de las causas de indemnización la ley distingue entre el perjuicio personal básico, perjuicio personal particular y perjuicio patrimonial, que los subdivide entre el daño emergente y el lucro cesante y que es, en definitiva, lo que va a ser objeto de estudio en esta ponencia en lo relativo a las secuelas permanentes y las lesiones temporales.

Responde esta ley al principio de reparación íntegra del daño causado y así lo establece

tanto en su exposición de motivos¹ como en el artículo 33 de la citada ley¹. *La reparación íntegra del daño y su reparación vertebrada constituyen los dos principios fundamentales del sistema para la objetivación de su valoración.*

2. El principio de la reparación íntegra tiene por finalidad asegurar la total indemnidad de los daños y perjuicios padecidos. Las indemnizaciones de este sistema tienen en cuenta cualesquiera circunstancias personales, familiares, sociales y económicas de la víctima, incluidas las que afectan a la pérdida de ingresos y a la pérdida o disminución de la capacidad de obtener ganancias.

3. El principio de la reparación íntegra rige no sólo las consecuencias patrimoniales del daño corporal sino también las morales o extra-patrimoniales e implica en este caso compensar, mediante cuantías socialmente suficientes y razonables que respeten la dignidad de las víctimas, todo perjuicio relevante de acuerdo con su intensidad.

No puede olvidarse que la ley 35/2015 no es sino una modificación del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (en lo sucesivo LRCSCVM), aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, en la que se introduce un nuevo Título IV, que es el que contiene el baremo. Reitero esto porque, como hemos visto hasta ahora, el capítulo primero del título cuarto contiene una serie de criterios generales, que han de ser aplicados a todo el contenido de la norma, mientras que el capítulo segundo contiene las reglas para la aplicación de esos criterios en la valoración del daño corporal contenido en las tablas a las que hemos hecho referencia.

Por tanto, parece que, en principio, todo el contenido de esta norma tiene rango de ley. Sin embargo, conforme al artículo 48, *Las bases técnicas actuariales, que contienen las hipótesis económico-financieras y biométricas del cálculo de los coeficientes actuariales, se establecerán por el Ministro de Economía y Competitividad.* Es decir, a partir del 1 de enero de 2017 es obligación del Ministro de Economía y Competitividad (o como se llame por entonces), la publicación anual de las bases técnicas actuariales,

que son las que contienen las reglas de cálculo para la determinación de las indemnizaciones y en especial del lucro cesante.

Esta referencia al Ministro de Economía y Competitividad nos viene a decir que van a ser publicadas mediante orden ministerial. La pregunta que debemos hacernos entonces es, ¿qué ocurre si los cálculos contenidos en las bases técnicas actuariales son contrarios o divergen de los criterios generales establecidos en el capítulo primero del título cuarto de la LRCVM? ¿Debemos aplicar automáticamente las cuantías indemnizatorias fundadas en las bases técnicas actuariales, aun cuando siendo una norma reglamentaria sea contraria a lo establecido en una norma legal?

No puede olvidarse aquí el contenido del artículo seis de la Ley Orgánica del Poder Judicial cuando establece que *Los Jueces y Tribunales no aplicarán los reglamentos o cualquier otra disposición contrarios a la Constitución, a la ley o al principio de jerarquía normativa.* En consecuencia y en aplicación de ese principio de jerarquía, entiendo que si apreciamos que las cuantías indemnizatorias establecidas en las tablas son contrarias a los criterios generales deberíamos solicitar, si fuera posible, una prueba pericial que armonice esas cuantías con los criterios generales.

Así, a primera vista y siguiendo las aportaciones hechas por Luis Carmelo Andrés Martínez, fiscal delegado de seguridad vial de Burgos, se aprecian ciertas irregularidades en las cuantías indemnizatorias establecidas en las tablas. En este aspecto y sin hacer un análisis en profundidad, podríamos preguntarnos por qué se da una especie de valle en las cuantías indemnizatorias del lucro cesante por muerte cuando los ingresos del fallecido son de 36.000 € anuales, volviendo a subir más adelante a partir de los 39.000 € anuales sin justificación alguna. *¿Cómo es posible que el lucro cesante de un allegado sin discapacidad sea 20 veces superior al de otro allegado con discapacidad, como ocurre cuando los ingresos del fallecido son, por ejemplo, de 110.000 euros anuales?*, o la falta de determinación de los puntos aplicables a las secuelas 01042, 01043 y 01044, todas ellas relativas al motor ocular.

Sorprende que, tras las urgencias legislativas del Ministerio de Justicia en el año 2015, no se haya publicado una corrección de errores del baremo y que la publicación de este esté jalonada en su contenido con varias fotocopias en el mismo Boletín Oficial del Estado, como la que

¹ El nuevo Baremo se inspira y respeta el principio básico de la indemnización del daño corporal; su finalidad es la de lograr la total indemnidad de los daños y perjuicios padecidos para situar a la víctima en una posición lo más parecida posible a la que tendría de no haberse producido el accidente

recoge la tabla 2.A.1 del baremo médico determinador de las secuelas, o la tabla 2.A.2, que recoge la valoración de los puntos por secuela en función de la edad del lesionado. O bien que no se haya hecho uso de la habilitación al gobierno que hace el número dos de la disposición final para modificar las cuantías por real decreto, incluso en la situación de funcionalidad en que nos encontramos la redactar esta ponencia.

Veamos un ejemplo de lucro cesante del cónyuge viudo para matrimonio con una duración de 21 años y la disminución de la cuantía de la indemnización cuando los ingresos de la víctima son entre 33000 y 39.000 euros netos anuales.

2. Indemnización por secuelas

A los efectos de esta ley se consideran secuelas *“las deficiencias físicas, intelectuales, orgánicas y sensoriales y los perjuicios estéticos que derivan de una lesión y permanecen una vez finalizado el proceso de curación”* (artículo 93), a ellos se equipara en material de osteosíntesis que permanece al término de ese proceso.

2.1 PERJUDICADOS A EFECTOS DE INDEMNIZACIÓN POR SECUELAS

1.- En los supuestos de secuelas, son perjudicados los lesionados que las padecen.

ingreso neto	Edad del cónyuge								
Hasta	52	53	54	55	56	57	58	59	60
9.000	19.921 €	19.824 €	19.724 €	19.627 €	19.540 €	19.467 €	19.384 €	19.010 €	18.592 €
12.000	26.562 €	26.431 €	26.299 €	26.169 €	26.054 €	25.956 €	25.845 €	25.347 €	24.790 €
15.000	33.202 €	33.039 €	32.874 €	32.712 €	32.567 €	32.445 €	32.306 €	31.684 €	30.987 €
18.000	39.843 €	39.647 €	39.449 €	39.254 €	39.081 €	38.934 €	38.767 €	38.021 €	37.185 €
21.000	46.483 €	46.255 €	46.023 €	45.796 €	45.594 €	45.424 €	45.229 €	44.358 €	43.382 €
24.000	53.124 €	52.863 €	52.598 €	52.339 €	52.108 €	51.913 €	51.690 €	50.695 €	49.580 €
27.000	59.764 €	59.471 €	59.173 €	58.881 €	58.621 €	58.402 €	58.151 €	57.031 €	55.777 €
30.000	66.208 €	66.078 €	65.748 €	65.423 €	65.134 €	64.891 €	64.612 €	63.368 €	61.975 €
33.000	65.852 €	64.819 €	63.877 €	63.039 €	62.293 €	61.682 €	61.175 €	60.787 €	60.517 €
36.000	65.496 €	63.215 €	61.006 €	58.884 €	56.836 €	54.903 €	53.058 €	51.315 €	49.673 €
39.000	65.140 €	61.611 €	58.136 €	54.728 €	51.379 €	48.125 €	44.941 €	41.842 €	38.829 €
42.000	80.448 €	75.625 €	70.831 €	66.082 €	61.365 €	56.723 €	52.126 €	47.587 €	43.107 €
45.000	103.405 €	97.266 €	91.129 €	85.010 €	78.894 €	72.831 €	66.782 €	60.763 €	54.770 €

01042	• Paresia (valorar según grado y tipo de diplopia)
IV. Afectación Motor ocular interno o patético:	
01043	• Parálisis (según grado y tipo de diplopia)
01044	• Paresia (valorar según grado y tipo de diplopia)

2.-También son perjudicados, con carácter excepcional, los familiares de grandes lesionados en los términos establecidos en el art. 36.3² (art. 94 de la Ley 35/2015).

El concepto de gran lesionado se contiene en la definición del art. 52: *«A efectos de esta Ley se entiende por gran lesionado quien no*

puede llevar a cabo las actividades esenciales de la vida ordinaria o la mayor parte de ellas», fijando el art. 51 que, *“a efectos de esta Ley, se entiende por actividades esenciales de la vida ordinaria comer, beber, asearse, vestirse, sentarse, levantarse y acostarse, controlar los esfínteres, desplazarse, realizar tareas domésticas, manejar dispositivos, tomar decisiones y realizar otras actividades análogas relativas a la autosuficiencia física, intelectual, sensorial u orgánica”*.

Por otra parte, del art. 110 de la Ley 35/2015 recoge qué se entiende por «grandes lesionados», aquellos *“que han perdido la autonomía*

² 3. Excepcionalmente, los familiares de víctimas fallecidas mencionados en el artículo 62, así como los de grandes lesionados, tienen derecho a ser resarcidos por los gastos de tratamiento médico y psicológico que reciban durante un máximo de seis meses por las alteraciones psíquicas que, en su caso, les haya causado el accidente.

personal para realizar la casi totalidad de las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria.

2. Excepcionalmente, esta indemnización también procede en los supuestos de secuelas muy graves que alcancen, al menos, los 80 puntos y en las que se demuestre que el lesionado requiere la prestación a la que se refiere el apartado anterior”.

Con relación a los familiares grandes lesionados de que hacer las siguientes precisiones:

- Como hemos visto, tienen derecho a la indemnización por perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados (art. 110.1 de la Ley 35/2015)³.

- Este perjuicio se cuantifica mediante una horquilla indemnizatoria que establece un mínimo y un máximo expresado en euros y los parámetros a tener en cuenta para fijar su importe son la dedicación que tales cuidados o atención familiares requieran, la alteración que produzcan en la vida del familiar y la edad del lesionado. (art. 110.3). Dicha cantidad está recogida en la tabla 2.B

4. Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados	De 30.000 hasta 145.000 euros
---	-------------------------------

- La legitimación para solicitar estas cantidades corresponde en exclusiva al lesionado, el cual deberá destinarla a los familiares (art. 110.4). Aquí es posible que en la práctica se nos planteen problemas en la medida que un gran lesionado puede estar incapacitado para gobernarse por sí mismo, en cuyo caso habrá que ir a su tutor o representante legal, que normalmente será algún de los familiares y si no estuviese nombrado, la representación deberá ostentarla el Ministerio Fiscal, conforme al artículo 3.7 de su estatuto y 108 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, al igual que en todos aquellos casos en que pueda entrecerse una contraposición de intereses.

- Los familiares de grandes lesionados también tienen derecho a la indemnización por gastos de tratamiento médico y psicológico por

alteraciones psíquicas, por un tiempo máximo de seis meses. El tratamiento médico o psicológico ha de ser necesario como consecuencia del accidente y el tiempo máximo de seis meses ha de entenderse referido a la duración del tratamiento y no al tiempo que pase desde que se produjo el accidente (Artículo 36.3).

2.2 PERJUICIO PERSONAL BASICO EN LAS SECUELAS

No plantea singulares diferencias con relación al seguido por el tradicional baremo. La tabla 2 A 1 recoge el baremo médico con una clasificación y valoración en puntos de las secuelas, dividida en 10 capítulos y un capítulo especial dedicado al perjuicio estético. Al igual que se venía haciendo, cada una de las secuelas tiene una horquilla o una asignación de puntos. En caso de horquilla, la concreción se efectuará atendiendo a la intensidad y gravedad de la secuela, sin tener en cuenta en sexo o la edad del lesionado, que tendrá su compensación en el baremo económico en la valoración del punto en el caso de la edad, o en el perjuicio personal particular en los demás casos.

A su vez, a cada una de las secuelas se le incorpora código numérico, que la acompañará a lo largo del baremo en el caso de estar recogida o referenciada en más de un lugar, como puede ser para el cálculo de secuelas concurrentes o agravatorias que veremos más adelante, o en caso de necesidad de prótesis u órtesis.

La tabla 2 A 2 recoge el baremo económico y el sistema es igual vigente en la actualidad, es decir, un sistema de puntos cuyo valor va decreciendo en función de la edad. El máximo de puntuación es de cien puntos y la edad máxima prevista es de 100 años, equiparándose a esta edad el improbable caso de que la supere, (100 o más).

2.2.1 Supuestos especiales

2.2.1.1 Secuelas concurrentes

En el caso de que el lesionado sufra más de una secuela a consecuencia del accidente, el baremo, al igual que hacía el anterior no contempla una suma aritmética de las mismas, sino que emplea la llamada fórmula de Balthazar.

$$\frac{(100-M) \times m}{100} + M$$

Donde “M” es la puntuación de la secuela mayor y “m” la puntuación de la secuela menor.

³ 1. El perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados compensa la sustancial alteración que causa en sus vidas la prestación de cuidados y la atención continuada de dichos lesionados cuando han perdido la autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria

Es decir, si A a consecuencia del accidente sufre varias secuelas que el informe médico forense nos valora en 70,40, 35,20 y 10, la primera operación se hará tomando la secuela valorada en 70 puntos y la secuela valorada en 10. Tras aplicar la fórmula nos dará un resultado de 73, con ese resultado volvemos a aplicar la fórmula, esta vez con la secuela valorada en 20, que nos dará un resultado de 78,4. Al darnos decimales ha de redondearse a la unidad superior, es decir a 79, volviendo a realizar la operación con la secuela valorada en 35, y así sucesivamente hasta que de un resultado final, con el que iremos a la tabla del baremo indemnizatorio.

2.2.1.2 Secuelas interagravatorias

Se trata de una novedad introducida por el baremo en el artículo 99 de la ley y consiste en aquellas secuelas concurrentes que, derivadas del mismo accidente y afectando funciones comunes, producen por su recíproca influencia una agravación significativa de cada una de ellas.

No deben confundirse con las que aparecen recogidas como bilaterales en el baremo médico, pues en estas su mayor perjuicio ya está recogido en la horquilla de puntos.

Como se trata de la concurrencia dos secuelas hemos de utilizar la fórmula de Balthazar y el resultado que nos de incrementarlo en un 10%.

Así por ejemplo, pueden considerarse secuelas entre agravatorias la amputación de un brazo y una pierna, pero no la amputación de ambos brazos al estar contemplada como bilateral en el baremo (secuela 03025).

2.2.1.3 Secuelas agravatorias de estado previo

Es también una novedad de la ley 35/2015, en la que se recoge expresamente la valoración de las llamadas lesiones recidivantes. Las define en su artículo 100 como *“La secuela que agrava un estado previo y que ya está prevista en el baremo médico se mide con la puntuación asignada específicamente para ella.”*

Para su valoración en puntos el baremo da una fórmula idéntica la fórmula de Balthazar $[(M - m) / [1 - (m/100)]]$, donde M es la puntuación de la secuela en el estado actual y “m” es la puntuación de la secuela preexistente. Si el resultado ofrece fracciones decimales, se redondea a la unidad más alta.





En cualquier caso, será un médico forense o perito de parte quien determine el carácter agravatorio de la secuela una puntuación actual y anterior.

2.2.1.4 Concurrencia de secuelas normales con interagravatorias o agravatorias de estado previo

En este caso se utiliza la fórmula de Balthazar, pero efectos prácticos conviene calcular primero las interagravatorias y las agravatorias de estado previo con el fin de saber que el lugar ocupan en el orden en que han de ser aplicadas en la fórmula de Balthazar, en el hipotético caso de concurrir con otras normales.

2.3 Especial consideración del perjuicio estético

Al igual que ocurría en el anterior baremo, el perjuicio estético se valora de manera independiente y su cuantía indemnizatoria se suma a la de las secuelas. Su puntuación deberá constar en el informe de estabilización de las secuelas emitido por el médico forense.

Su máxima puntuación es de 50 puntos.

Se regula en el artículo 101 a 103 y se divide en seis categorías, que van desde el importantísimo al ligero. En la nueva regulación de la ley 35/2015 se establecen una serie de criterios amplios para determinar que perjuicio estético debe corresponder a esas secuelas.

Se define como *“cualquier modificación que empeora la imagen de una persona”* y *“comprende tanto la dimensión estática como la dinámica”*. Se recogerán aquí tanto las secuelas que produzcan un afeamiento estético de la persona, cicatrices, quemaduras etc, como aquellas que se produzcan en las actividades ordinarias y habituales de la persona, coger, amputación de miembros, etc.

Su ponderación es conjunta y no por cada una de las secuelas que pudieran haberlo causado y sin tener en cuenta la edad y el sexo del perjudicado, ni la incidencia en las actividades ordinarias del mismo, cuya valoración se hará, como veremos, en el concepto de pérdida de calidad de vida, dentro del perjuicio personal particular. Este criterio ya se venía estableciendo anteriormente, al no aplicarse al perjuicio estético ningún factor de corrección, como se

aprecia en la STS de 12 de julio de 2013, sala 1ª ponente [ANTONIO SALAS CARCELLER](#)⁴.

Su indemnización es compatible con el coste de las operaciones de cirugía plástica necesarias para su corrección y si esta no fuera posible, esta circunstancia será de obligatoria valoración para determinar su intensidad, según se recoge en el artículo 100, por lo que se ha de comprobar que la misma figure en el informe médico.

Los grados de perjuicio estético, ordenados de mayor a menor, son los siguientes:

a) Importantísimo, que corresponde a un perjuicio estético de enorme gravedad, como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y las grandes alteraciones de la morfología facial o corporal.

b) Muy importante, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de dos extremidades o la tetraplejía.

c) Importante, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de alguna extremidad o la paraplejía.

d) Medio, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de más de un dedo de las manos o de los pies, la cojera relevante o las cicatrices especialmente visibles en la zona facial o extensas en otras zonas del cuerpo.

e) Moderado, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que producen las cicatrices visibles en la zona facial, las cicatrices en otras zonas del cuerpo, la amputación de un dedo de las manos o de los pies o la cojera leve.

⁴ No obstante, contra la razonado por la parte recurrente, no ha de aplicarse factor de corrección alguno a la indemnización del perjuicio estético, ya que tales factores de corrección únicamente están previstos para las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes o incapacidad temporal, siendo así que la regla novena establece que la ponderación de la incidencia que el perjuicio estético tenga sobre las actividades del lesionado (profesionales y extraprofesionales) se valorará a través del factor de corrección de la incapacidad permanente, en caso de que resulte para la realización de dichas actividades. La edad y el sexo de la persona lesionada no influyen en la calificación del perjuicio estético (regla octava), y los conceptos que generan factores de corrección propios de la incapacidad permanente hay que vincularlos a esta situación y no al perjuicio estético, que sólo indirectamente determinará su aplicación cuando comporte incapacidad.





f) *Ligero, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que producen las pequeñas cicatrices situadas fuera de la zona facial.*(art. 102.2)

Su valoración se recoge en la tabla 2.A.1 y es conveniente que en el informe médico forense se recoja no sólo la puntuación, sino también la categoría del perjuicio.

Apartado Segundo. Capítulo Especial. Perjuicio estético		
11001	Ligero	1-6
11002	Moderado	7-13
11003	Medio	14-21
11004	Importante	22-30
11005	Muy importante	31-40
11006	Importantísimo	41-50

2.4 Perjuicio personal particular en las secuelas

Como ocurre en los demás conceptos indemnizatorios, muerte y lesiones temporales, el perjuicio personal particular viene a sustituir los factores correctores que aparecían en el anterior baremo relativos a los daños morales complementarios. Se regulan en los artículos 105 a 112, concretándose sus importes en la tabla 2.B, dividiéndose en:

a) *Daños morales complementarios por perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial*

La indemnización es una cuantía fija que irá de 19.000 a 96.000 €.

Tendrá lugar cuando una sola secuela alcance los 60 puntos o, si existiendo secuelas concurrentes, tras la aplicación de la fórmula de Balthazar, éstas alcanzan los 80 puntos.

Se recoge expresamente como criterio valorativo que la suma de las secuelas superen los 100 puntos, lo que supone una corrección al hecho de imponer un límite máximo de puntos en la valoración de las secuelas y se excluyen expresamente como criterio la afectación a las actividades de vida ordinarias ya que éstas van a ser indemnizadas a través del concepto de pérdida de calidad de vida⁵.

b) *Daños morales complementarios por perjuicio estético*

La indemnización es una cuantía fija que irá de 9.000 hasta 48.000 €.

⁵ Art. 105 ley 352015

Tiene lugar cuando la puntuación de las secuelas por perjuicio estético alcance los 36 puntos. Al igual que en el supuesto anterior se excluye de la valoración de la afectación a las actividades de vida ordinarias y por el mismo motivo, valorándose especialmente la intensidad del perjuicio y la edad del lesionado.

c) Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida consecuencia de las secuelas

Las cuantías indemnizatorias varían en función de cómo se califique la pérdida de calidad de vida

Muy Grave de 90.000 € hasta 150.000 €

Grave de 40.000 € hasta 100.000 €

Moderado de 10.000 € hasta 50.000 €

Leve de 1.500 € hasta 15.000 €

La Organización Mundial de la Salud, en su propia constitución como organización y dentro de sus normas históricamente fundamentales, en 1948, esbozó un intento de hablar de calidad de vida como un bien personal complejo y subjetivo cuando define la salud como "... un estadio de completo bienestar físico, emocional y social y no solo como la ausencia de la enfermedad". En 1994, da el salto y la define como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones

Según el artículo 107, la pérdida de calidad de vida puede afectar a dos aspectos esenciales en el desarrollo habitual de la vida del perjudicado, la relativa a las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o la relativa a su desarrollo personal mediante actividades específicas.

La ley 35/2015 define la pérdida de autonomía personal como aquella que consiste en el *menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impide o limita la realización de las actividades esenciales de la vida ordinaria*. (artículo 50) y en el artículo 51 considera como actividades esenciales de la vida ordinaria *comer, beber, asearse, vestirse, sentarse, levantarse y acostarse, controlar los esfínteres, desplazarse, realizar tareas domésticas, manejar dispositivos, tomar decisiones y realizar otras actividades análogas relativas a la autosuficiencia física, intelectual, sensorial u orgánica*, en tanto que en

desarrollo personal mediante actividades específicas, tiene su contenido legal en los artículos 53 y 54⁶.

Por su parte el artículo 108 da los criterios para la clasificación de la pérdida de calidad de vida, considerando como *muy grave aquél en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria*.

El perjuicio grave es aquél en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar algunas de las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal. El perjuicio moral por la pérdida de toda posibilidad de realizar una actividad laboral o profesional también se considera perjuicio grave.

El perjuicio moderado es aquél en el que el lesionado pierde la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal. El perjuicio moral por la pérdida de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo también se considera perjuicio moderado.

El perjuicio leve es aquél en el que el lesionado con secuelas de más de seis puntos pierde la posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial trascendencia en su desarrollo personal. El perjuicio moral por la limitación o pérdida parcial de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo se considera perjuicio leve con independencia del número de puntos que se otorguen a las secuelas.

Por tanto, se integran también en este concepto las distintas incapacidades que pueden ser reconocidas en el ámbito laboral, absoluta, total y parcial que se corresponden respectivamente con perjuicios graves, leves y moderados.

Los criterios que da la ley 35/2015 para moverse dentro de la horquilla de cada una de los perjuicios, son los del número e importancia de las actividades perdidas, así como la edad del perjudicado.

⁶ Artículo 53. *Pérdida de desarrollo personal. A efectos de esta Ley se entiende que la pérdida de desarrollo personal consiste en el menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impide o limita la realización de actividades específicas de desarrollo personal.*

Artículo 54. *Actividades específicas de desarrollo personal. A efectos de esta Ley se entiende por actividades de desarrollo personal aquellas actividades, tales como las relativas al disfrute o placer, a la vida de relación, a la actividad sexual, al ocio y la práctica de deportes, al desarrollo de una formación y al desempeño de una profesión o trabajo, que tienen por objeto la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad.*

2.5 Perjuicio patrimonial en las secuelas

2.5.1 Daño emergente en caso de secuelas permanentes

Una de las principales novedades de nuevo baremo es la regulación del daño emergente en estos casos, al recogerse los gastos previsibles de asistencia sanitaria (artículos 113 y 114), las indemnizaciones por prótesis y órtesis (artículo 115), la rehabilitación domiciliaria y ambulatoria (artículo 116), ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal (artículo 117), adecuación de la vivienda (artículo 118), perjuicio patrimonial por el incremento de costes de movilidad (artículo 119) y la ayuda de tercera persona (artículo 120 a 125) que se concretan en las siguientes tablas:

Tabla 2. C.1. Gastos previsibles de asistencia sanitaria futura según secuela

Tabla 2. C.2 Ayuda de tercera persona. Horas de ayuda a domicilio según secuela.

Tabla 2. C.3 Ayuda de tercera persona. Indemnizaciones.

2.5.1.1 Gastos previsibles de asistencia sanitaria futura

La modificación legislativa de los gastos sanitarios resarcibles que se produjo con la Ley 21/2007, de 11 de julio, por la que se modifica el apartado 1.6 del sistema de valoración de la LRCSCVM, supuso una drástica limitación de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria al establecer que se satisfarán únicamente “hasta la sanación o consolidación de las secuelas”⁷. La introducción de este límite temporal ha sido severamente criticada, con toda justicia, por vulnerar gravemente el principio de reparación íntegra, fundamentalmente en el caso de grandes lesionados cuyos padecimientos, de carácter crónico, requieren tratamientos asistenciales y rehabilitación después de haberse producido la estabilización de las secuelas para mantener una digna calidad de vida⁸.

⁷ Antes de la reforma el Tribunal Supremo tenía declarado que el sistema de valoración incluye la indemnización de los gastos médicos futuros ocasionados por el accidente, los cuales, debían indemnizarse íntegramente, siempre que se acreditara su nexo causal con el siniestro (SSTS 22.06.2009, 22.11.2010 y 8.6.2011).

⁸ Rosa María Pérez, fiscal adscrita a la fiscalía de sala Coordinadora de seguridad vial en su ponencia sobre la reforma del baremo en las jornadas de fiscales especialistas en seguridad vial.

La nueva ley ha venido a sustituir esa limitación temporal sin establecer límites en cuanto a la duración de la asistencia sanitaria futura, si bien si establece unas cuantías máximas en la tabla 2.C.1, pues como bien apunta la fiscal ELENA AGÜERO RAMÓN-LLIN⁹ “Conviene precisar que, en la medida en que la viabilidad de este sistema resarcitorio queda condicionado a que las indemnizaciones puedan financiarse con las primas que pagan los conductores a cargo del seguro obligatorio de automóvil, es fundamental que determinadas partidas –como puede ser esta– no se convierta en una fuente ilimitada de gasto que desborde todas las previsiones y haga el sistema insostenible.

Esta razón justifica que todos los conceptos deban valorarse e indemnizarse dentro de las reglas y criterios del sistema (el legislador abraza esta idea al referirse a la «objetivación de la valoración» como pieza clave de los principios fundamentales del sistema en el art. 33) y que se introduzcan determinados límites o barreras de contención del gasto”.

El artículo 55 de la ley 30/2015 define lo que debemos entender por asistencia sanitaria “a los efectos de esta Ley se entiende por asistencia sanitaria la prestación de servicios médicos, hospitalarios, farmacéuticos, así como las prestaciones complementarias que se requieran para el diagnóstico o tratamiento de las lesiones y el transporte necesario para poder prestar la asistencia. A menos que sea objeto de una partida resarcitoria específica, se entiende que también incluye la prestación de servicios de rehabilitación”.

Las prestaciones que aquí se recogen, han de evaluarse en función de las necesidades de asistencia sanitaria que permanezcan en el momento de la estabilización de las lesiones y se refieren a aquellas que, por su carácter especializado, no puedan ser prestadas únicamente por la ayuda de tercera persona, a las que nos referiremos posteriormente.

Es indiferente que se trate de asistencia sanitaria prestada en el ámbito hospitalario o en el ámbito domiciliario, el requisito que determina su existencia es la especialidad y no en lugar donde se preste.

¿Todas las secuelas darán lugar a la indemnización por gastos previsibles de asistencia futura?. El artículo 113 distingue varios supuestos

⁹ Indemnizaciones víctimas accidentes de tráfico. Editorial Tirant lo Blanch 2015

estableciendo presunciones *iuris et de iure, iuris tantum* y necesidad de prueba en cualquier caso.

Darán lugar en todo caso a compensación de gastos de asistencia sanitaria futura las siguientes secuelas, que la ley sitúa en la tabla 2.C.1:

- Estados de coma vigil o vegetativos crónicos.

- Secuelas neurológicas en sus grados grave y muy grave. (Llama la atención que en este artículo se exija en las secuelas neurológicas sean en sus grados muy grave y grave, mientras que en la tabla 2.C.1 en lo relativo a neurología la mayoría de las clasificaciones lo son en leve, moderada y grave, recogiendo solo como muy grave la secuela 01138 de trastorno cognitivo y daño neuropsicológico).

- Lesiones medulares iguales o superiores a cincuenta puntos.

- Amputaciones u otras secuelas que precisen colocación de prótesis.

Como presunción *iuris tantum*, es decir que darán lugar a indemnización por gastos de asistencia sanitaria futura salvo prueba en contrario, se recogen las siguientes:

- Secuelas con una puntuación igual o superior a 50 puntos, o concurrentes e intergravatorias que superen los ochenta puntos¹⁰.

Como secuelas que darán lugar a indemnización de gastos de asistencia sanitaria futura siempre que se pruebe por dictamen pericial médico la necesidad de ella se recogen las siguientes:

- Secuelas iguales o superiores a 30 puntos y que por su naturaleza puedan requerir un tratamiento periódico.

La obligación por el asegurador de resarcir los gastos de asistencia surge del artículo 83 de la Ley General de Sanidad que establece que los Servicios de Salud tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los ser-

vicios prestados en los supuestos de seguros obligatorios y en todos los supuestos en los que aparezca un tercero obligado al pago¹¹.

El pago de estos gastos se realiza a través del Convenio Marco Asistencia Sanitaria Pública derivada de accidentes de tráfico, actualmente prorrogado hasta finales del año 2016¹².

La periodicidad y cuantía de los gastos de asistencia sanitaria futura deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico de conformidad con las secuelas estabilizadas de las lesiones.

¹¹ Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes. A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados.

¹² Los centros sanitarios se comprometen a remitir, en el plazo de 60 días naturales desde la recepción de un lesionado, a las Entidades Aseguradoras intervinientes en el siniestro, un parte de asistencia por cada lesionado, que deberá ser cumplimentado correctamente según modelos que figuran como anexos II y III, así como factura, a la responsable del pago conforme a las normas del convenio, que detallará los conceptos y precios correspondientes a las distintas prestaciones, por los gastos sanitarios. Cuando la estancia del lesionado supere el período primeramente facturado o cuando no hayan sido incluidas en la primera factura todas las prestaciones, se tramitarán periódicamente nuevas facturas. La remisión del parte de asistencia y las facturas en plazo superior al señalado, por causa justificada, no repercutirá en cuanto a la aceptación de la Entidad Aseguradora o del Consorcio de Compensación de Seguros de hacerse cargo de las prestaciones derivadas del mismo. No se demorará, en ningún caso, la presentación de facturas por un período superior a un año, desde la fecha de la última asistencia continuada incluida en la factura. La Entidad Aseguradora y el Consorcio de Compensación de Seguros podrán rechazar las facturas presentadas fuera del citado plazo, así como aquellas que, presentadas dentro de plazo, no 4 fueran objeto de reclamación por un período de tres años. Estos plazos quedarán interrumpidos, en su caso, desde la fecha de la remisión del expediente por el centro sanitario o la Entidad Aseguradora a la Subcomisión de Vigilancia y Arbitraje, reiniciándose el cómputo del plazo desde la fecha de la notificación al centro sanitario de la resolución adoptada. Las prestaciones facturadas según lo señalado en los párrafos anteriores comprenderán todas las asistencias y períodos de control y revisiones hasta la total curación del lesionado con un límite temporal de dos años contados a partir de la primera asistencia. Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros podrán solicitar las aclaraciones oportunas al contenido de las facturas dentro de los primeros veinte días naturales siguientes a la presentación de las mismas al pago. Asimismo y en dicho plazo podrán requerir de los centros sanitarios información complementaria y aclaratoria, quienes la facilitarán con las limitaciones que establece la legislación vigente.

¹⁰ Son secuelas concurrentes las derivadas del mismo accidente (artículo 98)

son secuelas intergravatorias aquellas secuelas concurrentes que derivadas del mismo accidente y afectando funciones comunes producen por su recíproca influencia una agravación significativa de cada una de ellas (artículo 99)

Los gastos que no sean previsibles de acuerdo con las reglas anteriores sólo serán resarcibles en los supuestos previstos en el artículo 43 en materia de modificación de las indemnizaciones fijadas¹³.

2.5.1.1.1 Resarcimiento de los gastos de asistencia futura (art. 114)

1. Los gastos de asistencia sanitaria futura serán abonados por las entidades aseguradoras a los servicios públicos de salud conforme a la legislación vigente y los convenios o acuerdos suscritos, dentro de los límites establecidos en la Tabla 2.C.1.

2. El lesionado podrá recibir las prestaciones de asistencia sanitaria por parte de centros públicos o, por parte de centros sanitarios privados que hayan suscrito conciertos con los servicios públicos de salud, también conforme a lo estipulado en dicha legislación y convenios.

3. Las entidades aseguradoras y los servicios públicos de salud podrán suscribir acuer-

dos específicos al objeto de facilitar el pago a que se refiere el apartado anterior y garantizar las prestaciones sanitarias a los lesionados.

4. Los servicios públicos, a su vez, podrán concertar la asistencia sanitaria futura con centros privados que cuenten con los medios materiales y humanos necesarios y suficientes para prestarla.

Las cuantías que recogen estas partidas en ningún caso serán entregadas al lesionado, sino que deben ser satisfechas al centro sanitario que ha prestado el servicio, salvo el improbable caso de que el perjudicado se haya visto necesitado de adelantar el pago de los gastos médicos tenga derecho a su reembolso.

Veamos algunos ejemplos.

Estudiante de 22 años en el momento de la estabilización de las secuelas, por aplicación del art. 113.

Lesión permanente: tetraparesia grave en C5-C6. Código 01003

Con arreglo a la tabla 2.C.1 importe máximo anual de la asistencia sanitaria futura es de 12.000 €.

¹³ Una vez establecida, la indemnización sólo puede revisarse por la alteración sustancial de las circunstancias que determinaron su fijación o por la aparición de daños sobrevenidos

TABLA 2.C.1		
INDEMNIZACIÓN MÁXIMA ANUAL DE ASISTENCIA SANITARIA FUTURA SEGÚN SECUELA DEL ARTÍCULO 113		
código	DESCRIPCIÓN DE LAS SECUELAS	INDEMNIZACIÓN MÁXIMA ANUAL DE ASISTENCIA SANITARIA FUTURA SEGÚN SECUELA
CAPÍTULO I - SISTEMA NERVIOSO		
A) NEUROLOGÍA		
1. Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular		
F 01001	Estado vegetativo permanente	24.000 euros
Tetraplejia		
F 01002	Por encima o igual a C4 (Ninguna movilidad. sujeto sometido a respirador automático)	40.00 euros
F 01003	C5-C6 (Movilidad cintura escapular)	17.000 euros
F 01004	C7-C8 (Puede utilizar miembros superiores. Posible sedestación)	12.000 euros
Tetraplesia		
F 01005	Leve (Balance muscular Oxford 4)	4.000 euros
F 01006	Moderada (Balance muscular Oxford 3)	5.000 euros
F 01007	Grave (Balance muscular Oxford 0 a 2)	12.000 euros

Hay que recordar que las cuantías indemnizatorias por este concepto se abonan directamente a los centros sanitarios, no estando prevista su capitalización de acuerdo a la tabla TT1.

Dada su periodicidad anual, en cualquier caso será necesaria su justificación por parte del centro asistencial.

Apuntar simplemente que el hecho de que el pago se haga directamente entre aseguradora y centro sanitario, puede colocar la reclamación del impago por este concepto fuera del procedimiento, pues el centro sanitario o sistema de salud no es parte del mismo.

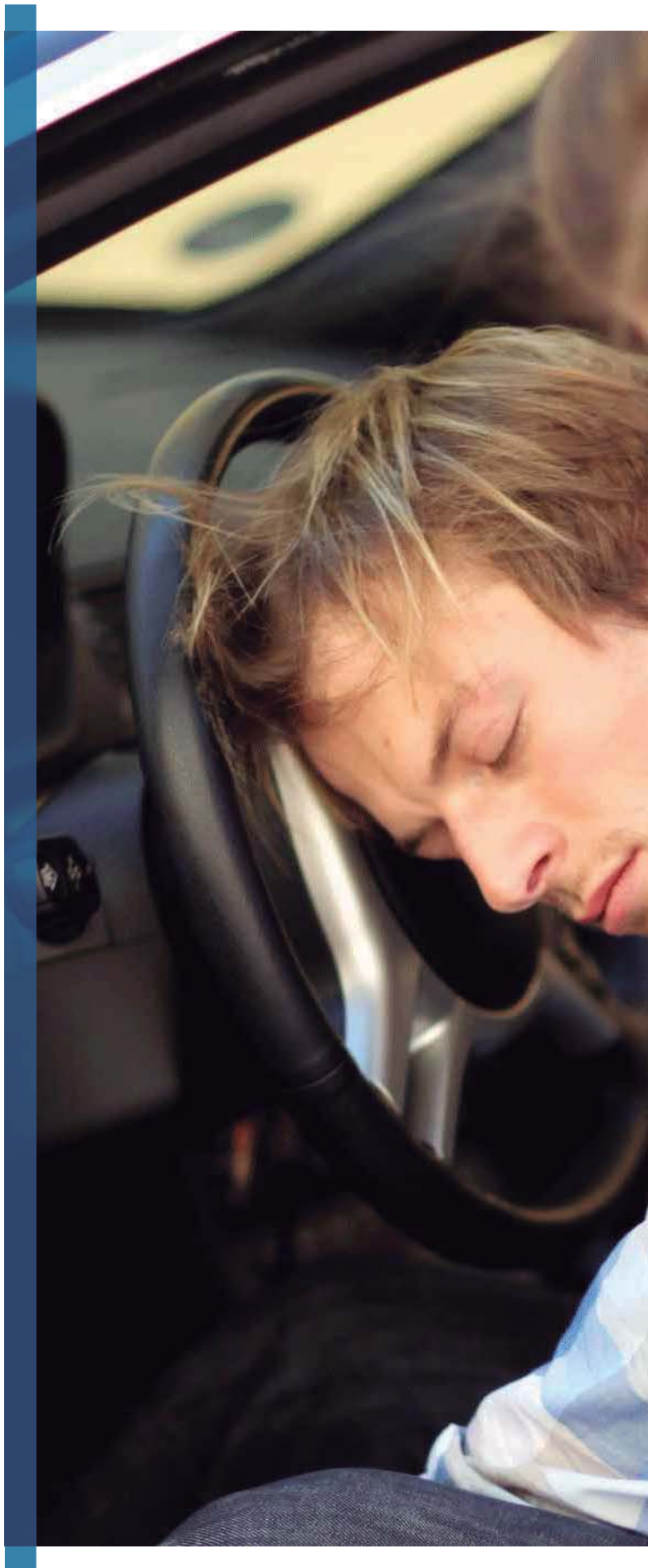
2.5.1.2. Prótesis y órtesis

La satisfacción de las indemnizaciones por prótesis y órtesis, así como posteriores recambios de manera vitalicia, es otra de las novedades recogidas por el baremo. La necesidad esta indemnización venía recogida en la circular 10/2011 de la Fiscalía General del Estado¹⁴.

En concreto su conclusión vigésimo tercera insta los fiscales a una especial atención para que se contemplen estos conceptos indemnizatorios *La cuantificación de las pérdidas sufridas o daño emergente a consecuencia del siniestro debe comprender los daños y perjuicios efectivamente producidos y que resulten debidamente acreditados. En todo caso el resarcimiento incluirá el coste de las ayudas técnicas y ortopedia que precisen los lesionados como sillas de ruedas, prótesis o muletas, así como los gastos de asistencia médica, hospitalaria y farmacéutica cuando sean necesarios en el proceso de curación. A tales efectos, los Sres. Fiscales velarán para que los informes médico forenses detallen de forma pormenorizada las distintas secuelas de los perjudicados, entidad, pronóstico futuro y los tratamientos y terapias que sean necesarias en el proceso de curación.*

La satisfacción de estos conceptos responde al principio de reparación íntegra “33.2. *El principio de reparación íntegra del daño tiene por finalidad asegurar la total indemnidad de los*

¹⁴ Sin entrar a valorar la suficiencia de las cuantías establecidas en la Tabla IV, sí conviene destacar la existencia de otros gastos no incluidos en el esquema tabular derivados directamente del hecho generador y que deben ser objeto de indemnización ex art. 1.2 de la LRC. En concreto, los gastos de ortopedia y ayudas técnicas (sillas de ruedas manuales o eléctricas, muletas, camas especiales, sillas de baño, grúas, bitutores, cojines antiescaras o prótesis de amputados entre otros), que pueden a su vez requerir mantenimiento o sustitución





daños y perjuicios padecidos". Ya que según el Preámbulo de la Ley 35/2015: *"El nuevo Baremo se inspira y respeta el principio básico de la indemnización del daño corporal; su finalidad es la de lograr la total indemnidad de los daños y perjuicios padecidos para situar a la víctima en una posición lo más parecida posible a la que tendría de no haberse producido el accidente"* y además conforme al apartado 3: *"El principio de reparación íntegra rige no sólo las consecuencias patrimoniales del daño corporal sino también las morales o extrapatrimoniales e implica en este caso compensar, mediante cuantías socialmente suficientes y razonables que respeten la dignidad de las víctimas, todo perjuicio relevante de acuerdo con su intensidad"*.

A los efectos de la presente Ley, tienen la consideración de prótesis «los productos sanitarios, implantables o externos, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal o bien modificar, corregir o facilitar su función fisiológica» (art. 56) y de órtesis «los productos sanitarios no implantables que, adaptados individualmente al paciente, se destinan a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o del esqueleto» (art. 57).

Supone una importante innovación que el baremo regule la renovación de las prótesis futuras del perjudicado, hasta el punto de que puede plantearse la oportunidad de recogerlo como criterio en supuestos de accidente de tráfico ocurrido antes del uno de enero de 2016, como puede verse en la Sentencia del Tribunal Supremo de 6 de abril de 2016. Recurso 477/2014. Ponente: JOSÉ ANTONIO SEIJAS QUINTANA¹⁵.

La regulación de estos conceptos se hace en el artículo 115.

Prótesis y órtesis.

1. Se resarce directamente al lesionado el importe de las prótesis y órtesis que, por el co-

¹⁵ La posibilidad de indemnizar estos gastos futuros que traen causa del accidente de tráfico, como perjuicio patrimonial, ya se trate de gastos derivados de actos médicos curativos, paliativos del dolor, de rehabilitación, etc.; bien estén encaminados al restablecimiento del derecho a la salud o al menos, dirigidos a asegurar a la víctima un mínimo de calidad de vida en atención a la pérdida de salud que conlleva el menoscabo psicofísico sufrido, está reconocida por la jurisprudencia de esta Sala (STS 22 de noviembre de 2010), sobre la base de entender los daños psicofísicos "en su acepción integral de respeto o restauración del derecho a la salud" y de aplicar como elemento de integración los Principios de Derecho Europeo de Responsabilidad Civil que consideran daño (sigue pág 27).

respondiente informe médico, precise el lesionado a lo largo de su vida.

2. La necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de prótesis y órtesis futuras deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico desde la fecha de estabilización de las secuelas.

3. La valoración tendrá en cuenta el tipo de secuela, la edad del lesionado, la periodicidad de la renovación de la prótesis u órtesis en función de su vida útil y el coste de las mismas, atendiendo a las necesidades y circunstancias personales del lesionado.

4. El importe máximo resarcible es el fijado en la tabla 2.C para este tipo de gastos.

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

De este artículo se extraen las siguientes consecuencias, la indemnización se hace directamente al perjudicado, a diferencia de lo que ocurría con la asistencia sanitaria futura. Será por tanto el perjudicado quien deba satisfacer estos gastos al profesional protésico.

La necesidad de prótesis u órtesis habrá de hacerse a través de informe médico, que en el caso de la vía penal será a través del informe del médico forense, en el que deberá constar además de la necesidad, la periodicidad y la cuantía de esta indemnización. Ello hace que en la mayoría de los casos este informe vaya acompañado del de otros profesionales especialmente en lo que se refiere a la cuantía y duración de las prótesis.

Se puede plantear la duda al ser una prestación de duración vitalicia, sin una vez fijada esta puede modificarse a lo largo de la vida del perjudicado. Del tenor del artículo 115 parece deducirse que ese primer informe habrá de contener todos los datos y ser vinculante para todo el tiempo y sustituciones de la prótesis y órtesis que sean necesarias.

Cabe preguntarse si sería aquí de aplicación lo dispuesto en 43 *“Una vez establecida, la indemnización sólo puede revisarse por la alteración sustancial de las circunstancias que determinaron su fijación, o por la aparición de daños*

sobrevenidos”, teniendo en cuenta la evolución tanto en los precios como en la calidad de este tipo de productos. En principio parece que nada impediría la realización de informes médicos posteriores que aconsejen la modificación de la periodicidad de renovación, o incluso la renovación antes del periodo inicialmente establecido en el informe, motivado por ejemplo, por un notable avance tecnológico en la prótesis de que se trate, siempre dentro del límite que establece la tabla 2.C del anexo que actualmente es de 50.000 € por prótesis y renovación.

El informe médico habrá de ser fundamentado con arreglo a los criterios que señala el párrafo tercero del artículo como es la edad y las necesidades y circunstancias personales del lesionado. En este aspecto, debe tenerse en cuenta especialmente la profesión y modo de vida ordinario del lesionado para la elección de la prótesis y durabilidad de la misma. Piénsese por ejemplo en la necesidad de prótesis en un deportista o músico profesional que pueda seguir practicando el deporte con una prótesis adecuada.

La capitalización de la indemnización por prótesis, órtesis y sus recambios

El artículo 115 prevé que la indemnización por estos conceptos pueda hacerse capitalizando el valor de las prótesis y su durabilidad mediante la aplicación de los coeficientes contenidos en la tabla TT3, distinguiendo los supuestos de pérdida de autonomía que da lugar a pérdida de calidad de vida grave o muy grave y aquellos en los que la pérdida de calidad de vida es moderada.

La tabla contempla hasta los 100 años o más de edad y se establecen sólo los periodos de recambio que se ven en las diversas columnas (1, 3, 5, 7, 10, 15 y 20 años), por lo que el dictamen médico a que se refiere el artículo 115 habrá de elegir alguno de esos periodos. En caso de que el informe médico recoja un periodo de años de recambio distinto al previsto a la tabla, puesto que esta solo se aplica en casos de capitalización, será necesario pedir una aclaración en el informe o llevar al perito al juicio oral para que nos diga, a su juicio, cuál de los previstos en la tabla es el que más se aproximaría a su dictamen. Reitero que tales periodos temporales de recambio lo son únicamente para su conversión en cantidad alzada, por lo que, si no se opta por esta forma de indemnización, no existe ningún problema en cuanto al periodo de recambio, siempre dentro de los límites indemnizatorios que recoge la tabla de hasta 50.000€ por recambio.

En caso de varias prótesis de distinta duración entiendo que el cálculo se hará sumando las prótesis que tengan la misma duración, y aplicando al resultado el coeficiente que corresponda en función de la edad. Actuando así con cada prótesis o grupos de prótesis y sumando los totales parciales nos dará el capital a indemnizar.

Por último, hay que recordar que estos gastos son compatibles con los gastos previsibles de asistencia sanitaria futura que se recoge en la letra d el número tres del artículo 113.

Ejemplo: Pericles, que tiene 42 años en el momento de estabilización de las lesiones, sufre un accidente a consecuencia del cual le es amputada una pierna a la altura de la cadera. La secuela se recoge en la tabla 2.A.1 del baremo medico con la referencia 03132 y supone una pérdida de calidad de vida grave.

Para sustituir el miembro amputado le son colocadas tres prótesis:

Prótesis de fémur con encaje en la cadera valorada en 5.350 euros, que debe ser sustituida cada tres años.

Prótesis de rodilla valorada en 25.000 €, que debe ser sustituida cada tres años.

Prótesis de pie, valorado en 12.732 €, con una vida útil de cinco años.

Tanto el perjudicado como la compañía aseguradora están de acuerdo en capitalizar la indemnización del valor de las prótesis y sus recambios. Para ello agruparemos las prótesis según el tiempo de duración, fémur y rodilla por un lado y el pie por otro. La suma de las dos primeras nos da un total de 30.350 €. Con este dato iremos a la tabla TT3.

E) EXTERMINIDAD INFERIOR		
1. Amputaciones		
	La valoración de esta secuela dependerá del grado de tolerancia de la prótesis (lesiones dérmicas, atrofia muscular y escala de satisfacción)	
	Desarticulación del miembro inferior / Amputación a nivel de cadera	
03132	Unilateral	60-70

Tabla técnica de coeficiente de capitalización de prótesis y órtesis (TT3)							
Pérdida de autonomía la que da lugar a pérdida de calidad de vida grave o muy grave							
Años de recambio de la prótesis u órtesis							
	cada 1 año	cada 3 años	cada 5 años	cada 7 años	cada 10 años	cada 15 años	cada 20 años
Edad	factores de capitalización actuarial						
42	24,227	8,0824	5,0595	3,7655	2,800	2,0553	1,6945

El coeficiente de conversión para las prótesis de tres años será de 8,0824, que multiplicaremos por 30.350, dando un resultado de 245.300,84 €.

Para la prótesis de cinco años el coeficiente es de 5,0595, multiplicado por 12.732 da un total de 64.417,554 €.

Sumando ambas cantidades la cantidad que le corresponde por la capitalización de la indemnización por secuelas es de 309.718,40 €.

2.5.1.3 Rehabilitación domiciliaria y ambulatoria (art. 116)

Al igual que hemos visto para los dos casos anteriores, se refiere a la rehabilitación futura, es decir, a la rehabilitación necesaria una vez producida la estabilización de las secuelas.

Se resarcen también al lesionado, refiriéndose al artículo a la rehabilitación domiciliaria y ambulatoria, por lo que habrá de ser el lesionado quien, una vez percibida la indemnización, abone los gastos correspondientes a quien le realizó la rehabilitación.

En el caso de que la rehabilitación se practicara en centro hospitalario habrán de entenderse con un gasto médico y se abonará directamente al centro que preste el servicio.

No se contempla para todo tipo de secuelas sino solamente las que se refieren a las letras a) b) y c) del apartado tres del artículo 113, una vez producida la estabilización, es decir estados de coma vigil o vegetativos crónicos, secuelas neurológicas en sus grados muy grave y grave, lesiones medulares iguales o superiores a 50 puntos.

Siguiendo iguales criterios en los supuestos anteriores, habrá de hacerse constar en el informe médico en el que conste la estabilización de las secuelas, la necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de rehabilitación futura.

El sistema recoge unos importes máximos anuales en el art. 116, que luego son reiterados en la tabla 2.C:

- Si el lesionado presenta un estado vegetativo crónico y tetrapleja, igual o por encima de C4, el máximo es de 13.500 euros anuales.
- Los casos en que coincidan tetraparesia grave, secuelas graves del lenguaje y trastornos graves neuropsicológicos, el máximo anual es de 9.500 euros
- En los demás casos, el máximo anual es de 5.850 euros.

En el segundo de los casos parece exigir que se den conjuntamente alguno de las tres secuelas enumeradas.

También se recoge la facultad de indemnización en forma de capital utilizándose el factor actuarial de conversión establecido en una tabla técnica TT1. Al igual que los supuestos en que está conversión está prevista, podemos preguntarnos si está es una facultad cuya elección corresponde al perjudicado o a la entidad aseguradora y si en caso de discrepancia o incapacidad del perjudicado puede ser acordada directamente por el juez.

Caso práctico. Andrea de 27 años en el momento de la estabilización, sufre un accidente que le provoca una tetrapleja por encima de C4 (art. 116.1) y que le supone una pérdida de autonomía muy grave. El máximo anual para rehabilitación domiciliaria es de 13.500 euros anuales. Andrea y la aseguradora están de acuerdo en capitalizar la indemnización anual. Acudiremos a la tabla TT1.

El coeficiente multiplicador será de 27,82, que nos dará una indemnización por este concepto de 375.570 €.

INDEMNIZACIONES POR SECUELAS TABLA 2.C PERJUICIO PATRIMONIAL			
DAÑO EMERGENTE			
Gastos de asistencia sanitaria futura, prótesis y órtesis, y rehabilitación domiciliaria y ambulatoria			
3. Rehabilitación domiciliaria y ambulatoria			
Estados vegetativos crónicos y tetraplejas igual o por encima de C-4		Hasta 13.500 euros anuales	
Tetraplejas, tetraparesias graves, secuelas del lenguaje y trastornos graves neuropsicológicos		Hasta 9.500 euros anuales	
resto de supuestos del artículo 116.4		Hasta 5.850 euros anuales	

Tabla técnica de coeficientes actuariales de conversión TT1			
Edad	Fallecimiento (perjudicado)	Secuelas (en general)	Secuelas con pérdida de autonomía que da lugar a pérdida de calidad de vida grave o muy grave
27	41.17	33.05	27.82

2.5.1.4 Ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal. (art. 117)

A los efectos de la presente Ley, son ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal «los instrumentos, equipos o sistemas utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente o disponibles en el mercado, que potencian la autonomía personal o que tienen por objeto prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la vida de relación» (art. 58). Igualmente, tienen la consideración de medios

técnicos «las ayudas técnicas incorporadas a un inmueble» (art. 59).

1. Se resarce directamente al lesionado el importe de las ayudas técnicas y los productos de apoyo para la autonomía personal que, por el correspondiente informe médico, precise el lesionado a lo largo de su vida por pérdida de autonomía personal muy grave o grave, con un importe máximo fijado en la tabla 2.C para este tipo de gastos.

Estos productos se concederán únicamente a aquellas personas que, de acuerdo con el

informe médico tengan una pérdida de autonomía personal grave o muy grave. Sin este requisito no podrá ser indemnizado conforme al baremo.

Se satisface directamente al lesionado, por lo que habrá de ser este quien aporte presupuesto o factura de los gastos.

2. La necesidad, periodicidad y cuantía de las ayudas técnicas y de los productos de apoyo para la autonomía personal deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico desde la fecha de estabilización de las secuelas.

3. La valoración tendrá en cuenta el tipo de secuela, la edad del lesionado, la periodicidad de la renovación de las ayudas técnicas y los productos de apoyo para la autonomía personal en función de su vida útil y el coste de las mismas, atendiendo a las necesidades y circunstancias personales del lesionado.

Para estas ayudas el baremo sigue el mismo criterio de remitirse al informe médico que se realice en la fecha de estabilización de las secuelas y de nuevo se plantean problemas de cómo actuar en el caso de que las circunstancias varíen de manera importante.

La tabla 2C señala como límite por este concepto 150.000 €, sin distinguir si se trata de cada uno de los periodos de renovación a que se refiere el número 3 del artículo o una cantidad global. Al no distinguir, a diferencia de las órtesis o prótesis, creo que la interpretación correcta sería entender que es un tanto alzado por el total de las ayudas técnicas a lo largo de la vida del lesionado, máxime al no estar prevista su satisfacción en modo alternativo de una renta vitalicia o un capital.

2.5.1.5 Adecuación de la vivienda (art. 118)

1. Se resarce el importe de las obras de adecuación de la vivienda a las necesidades de quien sufre una pérdida de autonomía personal muy grave o grave, incluyendo los medios técnicos, con el importe máximo fijado en la tabla 2.C para este tipo de gastos.

2. Si no fuera posible la adecuación de vivienda y se debiera adquirir o arrendar otra vivienda adaptada de características similares, se resarce la diferencia del valor en venta o de la renta capitalizada de ambas viviendas y los gastos que tal operación genere hasta el límite establecido en el apartado anterior. Las caracterís-

ticas similares se refieren a la ubicación de la vivienda, su tamaño y sus calidades constructivas.

Del tenor del párrafo primero se establece como requisito para tener derecho a esta indemnización que el perjudicado una pérdida de autonomía personal grave o muy grave. El resarcimiento del importe será directamente al perjudicado y por tanto deberá ser este quien acredite el presupuesto factura de dichos gastos estableciéndose un límite máximo de 150.000 €, incluyéndose en este límite los medios técnicos a que hace referencia el artículo 59¹⁶.

A diferencia de los supuestos de daño emergente que hemos visto hasta ahora, aquí no se exige un informe médico o técnico en el momento de estabilización de las lesiones que contenga importe, necesidad de la reforma, etc. Por lo que habrá que estar a los medios de prueba que se aporten.

2.5.1.6 Perjuicio patrimonial por el incremento de los costes de movilidad

El perjuicio patrimonial derivado del incremento de los costes de movilidad se resarce hasta un importe de sesenta mil euros en función de los criterios siguientes:

- *a) Grado de pérdida de autonomía personal del lesionado, en función de cómo le afecta a su movilidad.*

(viene de la pág. 23) patrimonial resarrible a toda disminución del patrimonio de la víctima causada por el evento dañoso y, que al referirse a la indemnización del dicho daño corporal, establecen (artículo 10:202) que dicho daño patrimonial incluye “la pérdida de ingresos, el perjuicio de la capacidad de obtenerlos (incluso si no va acompañado de una pérdida de los mismos) y los gastos razonables, tales como el coste de la atención médica”. Este criterio ha sido recogido en la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, al establecer expresamente en su artículo 115, el directo resarcimiento al lesionado del importe de las prótesis y órtesis que precise a lo largo de su vida, debiendo la necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de las prótesis y órtesis futuras acreditarse mediante el correspondiente informe médico desde la fecha de estabilización de las secuelas, teniendo en cuenta para su valoración el tipo de secuela, la edad del lesionado, la periodicidad de la renovación de la prótesis y órtesis en función de su vida útil y el coste de las mismas, atendiendo a las necesidades y circunstancias personales del lesionado; gastos que se podrán indemnizar en forma de capital utilizándose el correspondiente factor actuarial de conversión establecido en la tabla técnica de coeficientes de capitalización de prótesis y órtesis incluida en las bases técnicas actuariales a las que hace referencia el art. 48 de la citada Ley.

¹⁶ Artículo 59. *Medios técnicos. A efectos de esta Ley son medios técnicos las ayudas técnicas incorporadas a un inmueble.*

- *b) Posibilidad de adaptación del vehículo que utilice el lesionado o, en caso de que ello no sea posible, necesidad de adquisición de un vehículo nuevo adaptado que, dentro de la gama de ese tipo de vehículos, guarde una cierta proporción con el vehículo sustituido. En caso de sustitución se descontará el valor venal del vehículo sustituido.*
- *c) Necesidad de futuras adaptaciones en función de la edad del lesionado y de la vida útil de las adaptaciones o del vehículo que, a estos efectos, se cifra en diez años.*
- *d) Sobrecoste de desplazamiento del lesionado, en caso de no adaptación o no adquisición de vehículo, cuando por la pérdida de autonomía personal tenga serias dificultades para utilizar medios de transporte público para seguir desarrollando sus actividades habituales.*

En este caso, el artículo 119 recoge principalmente la necesidad de adaptación del vehículo para la movilidad de la persona que a consecuencia del accidente de tráfico ha perdido o disminuido sus posibilidades de movilidad. El artículo no fija, como los anteriores, la necesidad de que la pérdida de autonomía personal sea muy grave o grave, sino que el criterio será exclusivamente la afección a la movilidad.

Tampoco hace referencia a la necesidad de que este perjuicio esté descrito en el informe médico de estabilización de las lesiones, si bien sería conveniente que se hiciera una referencia al mismo, de hecho en la tabla 2C se recogen como gastos por pérdida de autonomía personal las ayudas técnicas, la adecuación de vivienda, y el incremento de los costes de movilidad, aunque solamente se recoge la necesidad de que conste en el informe médico de estabilización de las secuelas lo referido a las ayudas técnicas, siendo conveniente, reitero, que en ese informe se recogiera al menos la conveniencia de la adecuación de vivienda y del vehículo en su caso.

La cuantía que establece la tabla 2 C parece referirse a un tanto alzado, con un límite de 60.000 €. Esto no plantea problemas cuando se trata de la adecuación o sustitución de un vehículo, sin embargo si pueden darse en los casos previstos en el apartado d), por ejemplo quien se vea necesitado de utilizar un taxi especial para sus desplazamientos, pues se trata de gastos periódicos. Entiendo que nada impide



que el lesionado llegue a un arreglo con la compañía aseguradora para un tanto alzado por estos conceptos, renunciando a la presentación de sucesivas facturas.

En esta misma línea nada se dice en el artículo de cómo se va a articular la necesidad de futuras adaptaciones que va a ocurrir cuando el vehículo haya agotado su vida útil que se presume en 10 años.



Elena Agüero en su libro *Indemnizaciones a las Víctimas de Accidentes de Tráfico* comenta el siguiente ejemplo, “la lesión medular de Óscar repercute directamente en su movilidad. Óscar podrá adaptar su vehículo. Pensemos que la adaptación del vehículo tiene un coste de 6.000 euros. Como la vida útil del vehículo se estima en 10 años y Óscar tenía 30 en la fecha del accidente, se le indemnizará en un total de cinco reposiciones (5 x 6.000 euros) igual

a 30.000 euros, siempre dentro del máximo de 60.000 euros. Si no fuera posible se adaptaría, Óscar podrá adquirir un vehículo nuevo adaptado de la misma gama, descontándose el valor venal del sustituido.

Finalmente si Óscar decide no volver a conducir, y su lesión medular le impide hacer uso de transporte público, se le indemnizará en la cantidad que se acredite como coste extra de movilidad, dentro del máximo de 60.000 euros”.

Es decir, que el primer presupuesto o factura de adaptación de vehículo este se multiplicaría tantas veces como fuera necesario en tramos de 10 años hasta que el lesionado alcance la edad de 80, si bien en el libro no aporta cómo llega a esa conclusión. Podría pensarse que los ochenta años podría ser un límite para dejar de conducir, sin embargo este límite no está previsto en la legislación administrativa de seguridad vial. Al igual que lo expuesto anteriormente, nada impide el acuerdo entre la aseguradora y el perjudicado por este concepto, dentro del límite de los 60.000 €.

Otra cuestión a debatir es si la adaptación del vehículo es para que el lesionado pueda seguir conduciendo, o por el contrario incluiría la adaptación del vehículo si fuera necesaria para ir como pasajero. Parece que donde la ley no distingue no se debe distinguir e incluir este último supuesto.

2.5.1.7 La necesidad de ayuda de tercera persona

2.5.1.7.1 Concepto (artículo 120)¹⁷

Han de tratarse de prestaciones no sanitarias, pues tratándose de prestaciones sanitarias serían incluidas dentro de los gastos médicos hospitalarios, que se indemnizará como gasto sanitario posterior a la estabilización de las secuelas.

No es necesario que la tercera persona que ayuda sea un profesional sanitario, ni tan siquiera

¹⁷ 1. La indemnización de los gastos de ayuda de tercera persona compensa el valor económico de las prestaciones no sanitarias que precisa el lesionado cuando resulta con secuelas que implican una pérdida de autonomía personal.
2. No tienen la consideración de ayuda de tercera persona las prestaciones sanitarias en el ámbito hospitalario, ambulatorio o domiciliario, que pueda precisar el lesionado que, en su caso, se indemnizarán en concepto de gasto sanitario posterior a la estabilización de las secuelas.
3. El valor económico de la ayuda de tercera persona se compensa con independencia de que las prestaciones sean o no retribuidas.

ra que perciba una retribución por este concepto, pudiendo tratarse de un familiar o allegado que preste altruistamente esta ayuda, lo que lo equipara a las situaciones recogidas en la ley de dependencia, si bien en este caso la indemnización será siempre para el lesionado, que será quien retribuya, en su caso, a la persona que presta la ayuda.

La cuantía de la indemnización viene establecida con una precisión casi milimétrica en la tabla 2C3, en función de las horas y minutos necesitados y la edad del lesionado, como puede verse en este fragmento de tabla.

Horas/día	Edad del lesionado						
	1	2	3	4	5	6	7
Hasta							
1 hora	2.925,08 €	2.874,78 €	2.821,41 €	2.766,35 €	2.710,50 €	2.654,42 €	2.598,37 €
1 hora 15 minutos	8.409,61 €	8.265,00 €	8.111,55 €	7.953,24 €	7.792,70 €	7.631,46 €	7.470,30 €
1 hora 30 minutos	13.894,14 €	13.655,21 €	13.401,69 €	13.140,14 €	12.874,89 €	12.608,50 €	12.342,24 €
1 hora 45 minutos	19.378,66 €	19.045,43 €	18.691,83 €	18.327,04 €	17.957,09 €	17.585,54 €	17.214,18 €
2 horas	24.863,19 €	24.435,65 €	23.981,97 €	23.513,94 €	23.039,28 €	22.562,57 €	22.086,11 €
2 horas 15 minutos	30.347,72 €	29.825,86 €	29.272,11 €	28.700,84 €	28.121,48 €	27.539,61 €	26.958,05 €
2 horas 30 minutos	35.832,24 €	35.216,08 €	34.562,25 €	33.887,74 €	33.203,67 €	32.516,65 €	31.829,99 €
2 horas 45 minutos	41.316,77 €	40.606,29 €	39.852,39 €	39.074,64 €	38.285,87 €	37.493,69 €	36.701,93 €

rrentes, una vez aplicada la fórmula de Balthazar, sea igual o superior a 80.

Prevé asimismo la posibilidad de que no alcanzándose las puntuaciones indicadas, se considera que la ayuda es necesaria por verse especialmente afectada la autonomía personal.

Recordemos que la ley define la pérdida de autonomía personal como el menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impide o limita la realización de las actividades esenciales de la vida ordinaria. (art. 50) y entiende por realización de actividades esenciales de la vida ordinaria comer, beber, asearse, vestirse, sentarse, levantarse y acostarse, controlar los esfínteres, desplazarse, realizar tareas domésticas, manejar dispositivos, tomar decisiones y realizar otras actividades análogas relativas a la autosuficiencia física, intelectual, sensorial u orgánica (art. 51).

Este criterio general se concretan los supuestos recogidos en la tabla 2.C.2, que describen las secuelas que producen los perjuicios que hemos visto, atribuyéndoles el número de horas, o una horquilla, que corresponden a cada una de las secuelas.

En el caso previsto en el apartado b), no alcanzar los cincuenta u ochenta puntos, así como aquellos supuestos de necesidad de ayu-

Vista la notable diferencia indemnizatoria existente sólo con la necesidad de 15 minutos más al día, muy fino y justificado habrá de estar el informe pericial.

2.4.1.7.2 Supuestos de necesidad de ayuda de tercera persona

De un modo genérico el artículo 121 en su apartado a) estima que procede la necesidad de ayuda de tercera persona cuando se trate de secuelas en las cuales el perjuicio psicofísico, orgánico o sensorial es igual o superior a 50 puntos o el resultado de las secuelas concu-

da de tercera persona no contemplados en la tabla 2.C.2, pero que produzca la pérdida de autonomía personal análoga deberán acreditarse mediante la pericial médica correspondiente. Para aquellos casos de las secuelas previstas en la tabla, será necesario que se aporte también dictamen pericial, que motive detalladamente la necesidad de horas/día pues como hemos visto la indemnización varía mucho por unos simples minutos.

La determinación del número de horas de asistencia necesaria a tercera persona se llevará a cabo en la fecha de estabilización de las secuelas (artículo 124).

A partir de los 50 años de edad del lesionado, se presume que se produce un incremento de la penosidad en la necesidad de ayuda de la tercera persona, pues lo que se incrementa es la cuantía de la indemnización, no la duración de la misma, estableciéndose un factor de corrector en función de la edad.

a) desde los 50 hasta 60 años se aplica factor corrector de 1,10.

b) Desde 60 hasta 70 años se aplica un factor corrector de uno 1,15.

c) a partir de 70 años se aplica un factor corrector de 1,30.

TABLA 2.C.2		
HORAS DIARIAS DE NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA SEGÚN SECUELA DEL ARTÍCULO 123		
código	DESCRIPCIÓN DE LAS SECUELAS	HORAS DIARIAS DE NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA SEGÚN SECUELA
CAPÍTULO I - SISTEMA NERVIOSO		
A) NEUROLOGÍA		
1. Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular		
A 01001	Estado vegetativo permanente	16
Tetrapleja		
A 01002	Por encima o igual a C4 (Ninguna movilidad. Sujeto sometido a respirador automático)	16
A 01003	C5-C6 (Movilidad cintura escapular)	11-12
A 01004	C7-C8 (Puede utilizar miembros superiores. Posible sedestación)	7-8
Tetraparesia		
Segun compromiso funcional, motor, sensitivo, nivel de marcha, manipulación, compromiso sexual, de esfínteres		
A 01005	Leve (Balance muscular Oxford 4)	1-2
A 01006	Moderada (Balance muscular Oxford 3)	3
A 01007	Grave (Balance muscular Oxford 0 a 2)	5-6
Hemipleja		
A 01008	Segun compromiso funcional, motor, sensitivo, nivel de marcha, manipulación, compromiso sexual, de esfínteres y dominancia	4-5
Hemiparesia (Según dominancia)		
A 01011	Grave (Balance muscular Oxford 0 a 2)	2
Parapleja		
A 01012	Parapleja D1	6-7
A 01013	Parapleja D2-D5	6-7
A 01014	Parapleja D6-D10	4-5
A 01015	Parapleja D-11-L2	3

Para el improbable pero posible caso de que haya de determinarse el factor corrector el mismo día que cumple años el perjudicado, es de aplicación lo dispuesto en el artículo 39¹⁸.

2.5.1.7.3 Estimación del número de horas necesarias en ayuda de tercera persona (artículo 123)

La tabla 2.C.2 recoge las horas necesarias en función de la secuela producida, como he-

mos visto en la imagen anterior, y que será la regla general.

Junto a ello el artículo 123. 2 y 3 se ocupan de dos supuestos especiales:

- a) Caso de que existan más de una secuela que precise necesidad de ayuda de tercera persona

1. Para secuelas con necesidad de ayuda de tercera persona con un número de hasta seis horas, la valoración total del tiempo necesario se obtiene de sumar a las horas correspondientes a la secuela mayor el cincuenta por ciento de las horas establecidas en cada una de las otras.

Ejemplo: designado que parece síndrome de cola de caballo completo (dos horas) y ade-

¹⁸ El cómputo de edad se realiza de fecha a fecha, por lo que las edades previstas en las disposiciones de esta Ley se alcanzan pasadas las cero horas del día en que se cumplen los años correspondientes. Las horquillas de edades comprenden desde que se alcanza la edad inicial hasta las cero horas del día en que se cumple la edad final. La referencia a que alguien tenga más de un cierto número de años se entiende hecha a que haya alcanzado esa edad.

más parálisis del nervio ciático (una hora). El número de horas será de dos horas y 30 minutos.

2. Para secuelas con necesidad de ayuda de tercera persona con un número superior a seis horas, la valoración total del tiempo necesario se obtiene de sumar a las horas correspondientes a la secuela mayor el veinticinco por ciento de las horas establecidas en cada una de las otras.

Ejemplo: víctima que sufre un trastorno cognoscitivo muy grave, valorándose 11 horas necesarias y epilepsia no controlable con crisis semanales, valorada en cuatro horas. El número de horas será de 12.

Sin embargo, pese a la dicción del artículo el tema no va ser pacífico en lo relativo al concepto “en cada una de las otras”. Es decir, ha de debatirse si ese concepto se refiere a las otras secuelas en general, con independencia de las

horas que necesite, o si por el contrario se refiere a las otras de su categoría. La cuestión no es baladí dada la “precisión horaria” e indemnizatoria con que ha sido regulada.

Veamos un ejemplo:

Andrés, que tiene 31 años en el momento de estabilización de las secuelas, sufre un accidente con las siguientes secuelas:

Necesita ayuda de tercera persona, por tres conceptos :

A.- referencia A 01013 - Paraplejia D2-D5 que valoramos en el máximo.

B.- referencia A 01024. Síndrome de cola de caballo completo.

C.- referencia A01021, Paraparesia de miembro superior moderada. Que valoramos en el máximo.

TABLA 2.C.2

HORAS DIARIAS DE NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA SEGÚN SECUELA DEL ARTÍCULO 123

A 01013	Paraplejia D2-D5	6-7
Síndrome de cola de caballo		
A 01024	Síndrome complejo (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	2
Paraparesia de miembros superiores e inferiores		
Según compromiso funcional, motor, sensitivo, nivel de marcha, manipulación, compromiso sexual, esfínteres		
A 01024	Moderada (balance muscular Oxford 3)	1-2

Por la paraplejia le corresponderían siete horas de ayuda de tercera persona y por cada una de las otras dos le corresponderían dos horas.

Si interpretamos que el número uno del artículo se refiere a todo tipo de secuelas, las horas de asistencia serán siete mas el 25% de cada una de las otras, es decir, media hora por cada una de ellas, daría un total de ocho horas de asistencia. Acudiendo a la tabla 2.C.3 la can-

tidad a indemnizar por este concepto sería de 319.796,20 €.

Si, por el contrario, entendemos que en cada uno de los números del artículo se refiere a las secuelas de su categoría, el número de horas a indemnizar sería de siete por un lado y aplicando el número dos, dos horas por la segunda de las secuelas mas el 50% de la tercera, lo que dará un total de tres horas, que sumadas

Tabla 2.C.3
INDEMNIZACIONES DE AYUDA DE TERCERA PERSONA

Horas/día	Edad del lesionado						
Hasta	29	30	31	32	33	34	35
8 horas	327.237,84 €	323.490,52 €	319.796,20 €	316.145,63 €	312.530,12 €	308.941,56 €	305.372,51 €

Tabla 2.C.3
INDEMNIZACIONES DE AYUDA DE TERCERA PERSONA

Horas/día	Edad del lesionado						
Hasta	29	30	31	32	33	34	35
10 horas	448.091,22 €	443.069,10 €	438.117,96 €	433.225,22 €	428.379,07 €	423.568,51 €	418.783,40 €

a las siete darán diez y la indemnización ascenderá a 438.117,96 €, es decir una diferencia de 119.000 € aproximadamente.

En mi opinión una interpretación sistemática del precepto puede llevar a la segunda de las soluciones, calificando las secuelas en función de que necesiten más o menos de seis horas diarias, pues la reducción de un 25 o un 50% de la segunda secuela tiene su justificación en la duración de esta y no en el hecho de estar acompañada por otra que dure más de seis horas o no. Si bien reconozco que puede tener el inconveniente interpretativo que de concurrir solo una secuela que requiera más de seis horas con otra que requiera menos, su clasificación en función del número de horas llevaría a la conclusión de no reducir ninguna de ellas, al ser únicas en su grupo. En definitiva será un tema a resolver por las distintas resoluciones judiciales.

b) Caso de que la víctima ya precisará ayuda de tercera persona con anterioridad al accidente.

En este caso el artículo 123 establece una fórmula similar a la establecida para el caso de secuelas agravatorias de estado previo que recoge el artículo 100. El número de horas será el que resulte de aplicar la siguiente fórmula $(H - h) / [1 - (h / 100)]$ donde «H» son las horas correspondientes a las secuelas establecidas y «h» las horas asociadas al estado previo al accidente. Si el resultado ofrece fracciones decimales, se redondea a la hora más alta.

2.5.1.7.4 Criterios para la determinación de la cuantía indemnizatoria por el número de horas necesarias (artículo 125)

Este artículo recoge los criterios que se presume han seguido las bases técnicas actuariales para concretar las cuantías indemnizatorias. A nivel práctico tienen escasa importancia dado que lo normal será acudir a la tabla 2.C.3 y aplicarla con arreglo a los dos parámetros allí recogidos, número de horas necesarias y edad del lesionado.

2. Esta cuantía se obtiene de multiplicar el multiplicando del coste de los servicios por el coeficiente del multiplicador.

3. El multiplicando del coste de los servicios se obtiene de calcular, en cómputo anual, el coste económico de las horas necesarias de ayuda de tercera persona. El precio hora de estos servicios se establece en el equivalente a 1,3 veces la hora del salario mínimo interprofesional anual.

4. El multiplicador es el coeficiente que para cada lesionado resulta de combinar los factores siguientes:

a) las percepciones públicas para ayuda de tercera persona a las que tenga derecho el lesionado,

b) la duración de la necesidad de ayuda de tercera persona, establecida desde la fecha de estabilización de las secuelas hasta el fallecimiento de la víctima,

c) los factores de incremento de necesidad de ayuda de tercera persona en función de la edad, previstos en el artículo 124,

d) el riesgo de fallecimiento y

e) la tasa de interés de descuento, que tiene en cuenta la inflación.

5. A los efectos de determinar el multiplicador podrán establecerse reglamentariamente otros criterios complementarios que tengan en cuenta otras contingencias relativas al lesionado y que sirvan a la mejor individualización del perjuicio.

6. Las prestaciones públicas para ayuda de tercera persona a las que tenga derecho el lesionado se estiman de acuerdo con las bases técnicas actuariales, pero puede acreditarse la percepción de prestaciones distintas a las estimadas.

Como dice número seis del artículo cualquier otro cálculo que se haga en función de criterios distintos a los establecidos en las bases técnicas actuariales deberá acreditarse cualquier medio de prueba, que generalmente será una pericial.

En definitiva los pasos a seguir para el cálculo de la indemnización por necesidad ayuda de terceras personas serán los siguientes:

1º Determinación de la edad de la víctima en el momento de la estabilización de las secuelas. Ejemplo víctima de 20 años.

2ª Determinación del número de horas de necesidad ayuda de tercera persona en función de la secuela padecida. Para ello se ha de acudir a la tabla 2C2. Ejemplo tetraplejía C7. (ocho horas) y trastorno depresivo mayor crónico (dos horas).

3ª. Ver si hay más secuelas concurrentes y en su caso aplicar la fórmula del artículo 123. En este caso ocho horas más el 25% de dos horas. El número de horas final es de ocho horas y 30 minutos, según la primera de las interpretaciones o diez horas si atendemos a la segunda de las interpretaciones.

4ª Ver si son de aplicación los factores corrector del artículo 124.2. En nuestro ejemplo no se aplican al ser la víctima menor de 50 años.

5ª Determinar el multiplicando y multiplicador acudiendo a la tabla 2.C.3

30 años x 8 horas y 30 minutos = 353.385,16 € en la primera de las interpretaciones.

30 años x diez horas = 443.069,10 en la segunda de las interpretaciones.

2.4.2. Lucro cesante en secuelas permanentes

La Ley 35/2015 regula el lucro cesante por las secuelas en los arts. 126 a 133 y lo define como *la pérdida de capacidad de ganancia por trabajo personal y, en particular, en el perjuicio que sufre el lesionado por la pérdida o disminución neta de ingresos provenientes de su trabajo*. (art. 126). En definitiva, se trata de acreditar aquella pérdida patrimonial que sufre el lesionado como consecuencia de no poder volver a desarrollar su vida laboral como lo hacía anteriormente al accidente y a consecuencia de las secuelas producidas por este.

Al igual que ocurre con el lucro cesante en el fallecimiento, el baremo hace un cálculo actuarial de lo que el lesionado deja de percibir a consecuencia de su incapacidad absoluta, total o parcial, hasta el momento de su jubilación, que se presume en los 67 años, conforme a las bases técnicas actuariales tomadas como referencia para la elaboración de este baremo, en tanto que las tablas que veremos a continuación recogen como edad máxima 65 o más años y se contempla en el articulado la dedicación total o parcial a las tareas del hogar.

Como de lo que se trata es de indemnizar al lesionado por los ingresos que deja de percibir como consecuencia de las secuelas, nos va a llevar necesariamente a la incapacidad para la vida laboral en sus diversos grados. Por ello el baremo regula en la tabla 2C4 el lucro cesante por incapacidad para realizar cualquier trabajo o actividad profesional, que se correspondería con la incapacidad absoluta, en la tabla 2C5 el lucro cesante por incapacidad para realizar su trabajo o actividad profesional, que se correspondería con la incapacidad laboral total y en la tabla 2C6 el lucro cesante por incapacidad que dé origen a una disminución parcial de ingresos en el ejercicio de su trabajo o actividad habitual, que se correspondería con la incapacidad laboral parcial.

También se prevé la indemnización por estos conceptos a aquellas personas menores de 30 años que no hubieran accedido al mercado laboral, si bien en estos casos solamente se recoge en la tabla 2C7 la incapacidad absoluta, y en la tabla 2C8 la incapacidad total.

Al igual que en la mayoría de las tablas indemnizatorias basadas en el cálculo actuarial, la cuantía concreta de la indemnización va a depender de dos factores el ingreso neto del perjudicado y la edad del mismo.

2.4.2.1 Determinación de los ingresos netos del perjudicado

Lo primero que tenemos que ver por tanto, son los ingresos netos del lesionado, que además va a ser el multiplicando para el cálculo del lucro cesante¹⁹. ¿Qué datos hemos de considerar para acreditar los ingresos netos de la víctima? ¿Ha de ser siempre y únicamente los datos que consten en el impuesto sobre la renta de las personas físicas?

En la mayoría de las ocasiones los ingresos netos nos vendrán acreditados por la declaración de la renta, sin embargo, en otras ocasiones habrá que acudir a otros criterios, especialmente en los casos de trabajadores autónomos acogidos a la determinación de la renta por módulos o, en otros casos, como el de los taxistas o transportistas profesionales a los informes gremiales sobre el lucro cesante por paralización del vehículo. Así, la sentencia de la

¹⁹ Artículo 127.1 para calcular el lucro cesante del lesionado se multiplica sus ingresos netos o una estimación del valor de su dedicación a las tareas del hogar o de su capacidad de obtener ganancias, como multiplicando, por el coeficiente actuarial que, con multiplicador, corresponda según las reglas que se establecen en los artículos siguientes.

audiencia Provincial de Madrid de 8 julio 2004 dice que:

La determinación de los ingresos dejados de percibir como consecuencia de la imposibilidad de ejercer la propia profesión sólo puede ofrecer carácter objetivo e indiscutible en aquellos casos en los que el afectado percibe una nómina fija; en tal situación, la pérdida de ingresos se reduce lógicamente a una simple operación aritmética. Cuando, en cambio, la profesión ejercitada es de naturaleza liberal o empresarial, es necesario acudir a cálculos aproximativos o estimativos, cuyos presupuestos deberán obtenerse de los antecedentes inmediatos o incluso, en el supuesto de la profesión de taxista, que se desenvuelve en un marco de referencias reducido, en una estimación de los eventuales ingresos, descontados los gastos necesarios, que permita una proyección razonable.

En este sentido, la estimación que ha realizado la Federación Profesional del Taxi aparece sustentada en datos objetivos y razonados, que permiten computar una cifra de ingresos media en razón a los gastos del vehículo y a los días anuales trabajados a jornada completa. Resulta una cantidad diaria que no se estima irracional o arbitraria.

No se trata de que la información proporcionada por la Federación ostente una condición oficial. Ciertamente, la aludida Federación es una asociación dirigida a la defensa de los intereses de sus miembros; pero el contenido estimativo y de base estadística del informe emitido por su Secretario se encuentra detallado en sus conceptos, y ofrece una referencia convincente. De hecho, ha venido siendo objeto de aplicación en numerosas resoluciones judiciales como criterio orientador de indudable interés. Frente a su contenido, es claro que el perjudicado podrá argumentar la concurrencia de circunstancias personales que justifiquen unos ingresos de mayor entidad, al igual que la compañía aseguradora puede aducir argumentos obstativos a su cálculo y a las operaciones y conceptos que comprende.

Se trata de la aceptación de un cálculo estadístico sometido a las reglas de la lógica; es decir, de una estimación razonada y razonable. Desde otro punto de vista, debe señalarse que la circunstancia de que el perjudicado haya presentado dicho informe en defensa de sus intereses implica que admite y asume la cantidad resultante, que cuenta así con el apoyo de la prueba testifical consistente en la declaración del denunciante, declaración que además sustenta

el hecho de la paralización del vehículo durante el tiempo señalado en la resolución recurrida.

Finalmente, y en relación a la toma como referencia de las cantidades declaradas como renta, que la compañía aseguradora considera como más objetiva, no debe olvidarse que la declaración de la renta es una mera información unilateral que el contribuyente presta a la Hacienda, sin alcanzar valor probatorio alguno, pues la administración tributaria puede no aceptar sus manifestaciones y corregirla debidamente. Dicho con otras palabras, el hecho de que una persona afirme tener unos ingresos determinados, no significa que los tenga en realidad. Su carencia de verdadero valor probatorio implica que la afirmación incierta en esta materia nunca podría ser constitutiva de un delito de falsedad.

Tampoco cabría alegar en tal sentido la necesidad de respetar los propios actos, entendiendo que quién declara unos determinados ingresos a efectos tributarios, no puede contradecirlos después a otros efectos que le sean beneficiosos. La necesidad de respetar los actos propios, como un verdadero principio general del derecho, capaz incluso de alcanzar fuerza vinculante, exige que éstos sean expresión de un consentimiento dirigido a crear, modificar o extinguir algún derecho (Sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 7 de febrero, 30 de mayo, 30 de octubre de 1995 y 10 de julio de 1997), lo que es obvio no ocurre en una declaración de ingresos a efectos tributarios, dirigida a la administración pública, y que ninguna relación guarda con el ámbito privado en que se desenvuelven las relaciones contractuales del aseguramiento.

Interesante por su concreción, también relativa al lucro cesante por paralización del taxi es la AP Madrid, Sec. 14.ª, 262/2013, de 17 de junio Recurso 995/2012. Consta documentalmente acreditado que la codemandante doña Marisa es titular del autotaxi; que, tanto ella como su esposo, el demandante don Romeo, están dados de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social desde el 6 de abril de 1998 y el 9 de marzo de 1999, respectivamente; que el taxi permaneció paralizado en el taller, para su reparación, entre el 4 y el 25 de abril de 2011, ambos inclusive; y que los días de paralización computables son 14 -medio día el primero y el último y libranza obligatoria siete días-.

En la sentencia de esta Sala de fecha 21 de noviembre de dos mil seis (recurso de apela-

ción 375/06) ya dijimos: «Es notorio que la explotación de la actividad de autotaxi genera unos ingresos brutos (recaudación bruta) y produce unos gastos fijos (seguros, nóminas del asalariado, etc.,) que se generan esté el vehículo en explotación efectiva o parado y otros variables (combustible, desgaste y conservación, etc.,) que no se generan más que estando el vehículo en explotación efectiva. El perjuicio debe ser probado por quien lo reclama, si bien, a diferencia del daño emergente, no puede ignorarse que casi siempre implica cálculo y valoración abstracta, máxime tratándose de una actividad empresarial como es la de auto-taxi, que por su propia naturaleza impide determinar a priori cual va a ser la concreta ganancia que habría reportado su normal explotación durante los días de paralización, por lo que debe acudir a criterios de experiencia profesional, estimaciones periciales o datos contenidos en las declaraciones fiscales del perjudicado, si bien teniéndose en cuenta que estos rendimientos cuando son declarados y fijados mediante el sistema de estimación tributaria por módulos (signos, índices o módulos), pueden no coincidir con los reales obtenidos por el contribuyente. El perjuicio para el actor durante el período de paralización, y es el que procede indemnizar, es el beneficio bruto real dejado de percibir (retribución bruta), con el que habrá de hacer frente a los gastos fijos que se generan por la explotación sea ésta efectiva o esté paralizada (seguros de vehículo y seguridad social, amortización y otros gastos -revisiones técnicas, etc.,-), menos los gastos variables que no se producen durante la paralización (combustible, desgaste y conservación, etc.,)».

En este caso, en la declaración conjunta del matrimonio del IRPF correspondiente al año 2010, doña Marisa declara unos ingresos por la actividad de 15.123 euros.

En el certificado expedido por el secretario de la Asociación gremial de auto-taxi de Madrid se «certifica» -en realidad es un mero informe- que «según se desprende de los antecedentes obrantes a mi cargo, la recaudación media diaria de un auto taxi en jornada normal, descontados los gastos propios de la actividad asciende alrededor de unos ciento veintidós euros con cinco céntimos (122,05 €)».

La recaudación media diaria aproximada que señala el informe de la Asociación gremial difiere relevantemente de la que declara la titular del autotaxi a la Hacienda Pública como rendimientos en el ejercicio precedente.

Por otra parte, en el «certificado» de dicha Asociación no se señalan ni los antecedentes que se tienen en cuenta para determinar la recaudación media diaria que se fija, ni los «gastos propios de la actividad» que se descuentan.

Además, la certificación profesional aportada realiza el cálculo de los rendimientos netos diarios sobre promedios en el sector y no sobre la actividad concreta del taxi que explota la codemandante y fija la recaudación media diaria que, por ello, no tiene en cuenta los gastos variables que no se producen por estar paralizado el vehículo (combustible, desgaste y conservación, etc.,) y ya hemos dicho que el perjuicio de la demandante durante el período de inactividad es el beneficio bruto dejado de percibir menos los gastos variables que no se producen durante la paralización.

Dos son los criterios que esta Sala, como órgano colegiado, ha venido aplicando para determinar el lucro cesante cuando se aporta declaración a la Hacienda Pública en la que aparecen ingresos de la actividad muy distintos de la recaudación media diaria consignada en la certificación expedida por la asociación gremial (sector autotaxi) y cuando en dicha certificación solo se señala la recaudación media diaria, cuales son, establecer una suma diaria teniendo en cuenta el transcurso del tiempo y necesaria actualización de los valores económicos (100 euros/día en la reciente sentencia de 22 de mayo de 2013, recurso de apelación 883/12), esto es, haciendo uso de un margen de discrecionalidad y criterios estimativos, o reducir el importe de la recaudación media diaria establecida en la certificación gremial por el concepto de consumos de explotación (gastos variables) que no se producen durante la paralización (combustible, etc.,), mediante la aplicación de un porcentaje sobre esa recaudación media diaria (hasta un 30% de minoración).

Cualquiera de los dos criterios lleva en este supuesto a una cantidad similar (100 euros/día u 85,44 euros mínimo/día).

AP Almería, Sec. 3.ª, 78/2010, de 17 de junio
Recurso 34/2009. Ponente: **JESÚS MARTÍNEZ ABAD**:

Ahora bien, la amplia jurisprudencia en materia de lucro cesante, acertadamente citada tanto por la sentencia impugnada, como por las partes, sienta en definitiva el principio de que mediante dicho concepto de lucro cesante no puede pretenderse otra cosa sino indemnizar al perjudicado de los daños y perjuicios realmente sufridos por ese concepto, es decir por el con-

cepto de ganancias dejadas de obtener, que no pueden ser futurible, sino que han de responder a la verdadera realidad de su empresa. Por ese motivo, es acertado que no pueda acudir por regla general a criterios correspondientes a otros campos del derecho que, en todo caso, por definición no concretan, ni delimitan la situación real de la persona o entidad perjudicada, sino que, al contrario la difuminan y generalizan, como ocurre con el sistema fiscal llamado «de módulos» o de estimación objetiva, donde la Hacienda Pública, hace abstracción de la situación real de la empresa de pérdidas o ganancias, y acepta la cotización de la misma sobre la base de unos módulos preestablecidos, con independencia, se insiste, de cuál sea la real situación de la empresa en materia de pérdidas o ganancias. De acuerdo con lo dicho hasta ahora, es inevitable concluir que un sistema fiscal como éste en modo alguno puede servir para cumplir el mandato del artículo 1902 del Código Civil sobre la restitución integral de los daños producidos al perjudicado por la actuación negligente del agente, sin perjuicio de que tal sistema de módulos puedan servir en materia fiscal, ajena al ámbito en que nos hallamos. Y sin que ello suponga ningún fraude de ley cometido por el perjudicado, sino tan sólo la aplicación en cada campo del Derecho de la ley vigente en el mismo cuyos objetivos y finalidades son distintas, y por eso también lo es su contenido normativo.

SAP Madrid 16/7/2015, Secc, 19, Nº de Recurso: 271/2015 *“El lucro cesante ha de deducirse no sólo la ganancia neta que pueda derivarse de la declaración del IRPF, declaración que se hace no en base a los ingresos reales, sino a través del sistema de módulos implantado por la Administración Tributaria”*²⁰.

En definitiva, habrá que estar a los distintos medios de prueba para la acreditación de los ingresos netos del perjudicado, que pueden diferir de lo declarado en el impuesto sobre la declaración de la renta, teniendo en cuenta que la jurisprudencia citada es anterior al 1 de enero de 2016 fecha de entrada en del nuevo baremo y que parece referirse más al lucro cesante en los supuestos de lesiones temporales, al no preverse en el anterior baremo un cálculo actuarial para el lucro cesante por secuelas. En cualquier caso el artículo 128.2 da dos posibilidades cuales son los ingresos percibidos durante el año

anterior al accidente o la media de los tres anteriores si ésta fuere superior.

Otro caso a estudiar serán los supuestos de economía sumergida y salarios basura, no tanto desde el punto de vista de los grandes defraudadores, sino de aquellos que por necesidad se ven obligados a cobrar salarios, incluso inferiores al salario mínimo interprofesional, sin que conste como ganancia en ningún sitio. Considero que la solución ha de venir dada por la aplicación de lo dispuesto en el artículo 128.3 en virtud del cual “en todo caso, el ingreso mínimo que siempre se tendrá en cuenta será un salario mínimo interprofesional anual”, pues no puede verse perjudicado quien se ve obligado a aceptar las condiciones de trabajo irrisorias, frente a quien se encuentra en situación de desempleo. En la actualidad, en el año 2016, el salario mínimo interprofesional es de 9172,80 € (14 pagas), esto nos lleva a aplicar en las tablas citadas a estos efectos la indemnización correspondiente a unos ingresos de 12.000 € por mor lo dispuesto en el artículo 127.2²¹, pues no se establece ninguna excepción para los casos de desempleo.

2.5.2.1.1 El multiplicando

La determinación de los ingresos netos anuales va a constituir el multiplicando para el cálculo de la indemnización y, como ya hemos apuntado anteriormente, se partirán de los ingresos percibidos durante el año anterior al accidente o la media obtenida en los tres anteriores al mismo si ésta fuere superior (artículo 128.2), siendo la fecha inicial del cómputo, no la del accidente, sino la de estabilización de las secuelas, excepto en el caso de lesionados pendientes de acceder al mercado laboral, que se computará a partir de la edad de 30 años (artículo 128.4). Supuesto que analizaremos más adelante.

2.5.2.1.2 Tipos de sujetos perjudicados en relación a su situación laboral

El baremo recoge las cuantías indemnizatorias en las tablas 2.C.4 para los casos de incapacidad absoluta; 2.C.5 para los casos de incapacidad total; 2.C.6 para los casos de incapacidad parcial; 2.C.7 para los casos de incapacidad absoluta de lesionados pendientes de acceder al mercado laboral menores de treinta años y 2.C.8. para los casos de incapacidad total de

²⁰ Un amplio estudio jurisprudencial sobre la materia puede verse en la ponencia sobre valoración del daño corporal en los siniestros de vehículos a motor elaborada por la fiscal delegada de seguridad vial de Asturias, María Adoración Peñín, para las jornadas de fiscales delegados de seguridad vial de 2016

²¹ cuando el ingreso neto del lesionado se encuentre entre dos niveles de ingreso neto previsto en las tablas 2C que correspondan, se asigna el lucro cesante correspondiente al límite superior.

lesionados pendientes de acceder al mercado laboral menores de treinta años, distinguiendo varios supuestos:

- perjudicado que se encuentra trabajando.
- perjudicado en situación de desempleo en el momento del accidente o lo hubiera estado en cualquiera de los tres años anteriores al mismo.
- perjudicado pendiente de acceder al mercado laboral menor de 30 años.
- perjudicado con dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar.

Para todos los casos en artículos 129 recoge las reglas del multiplicando para el cálculo de la indemnización por secuelas permanentes en función del grado de incapacidad:

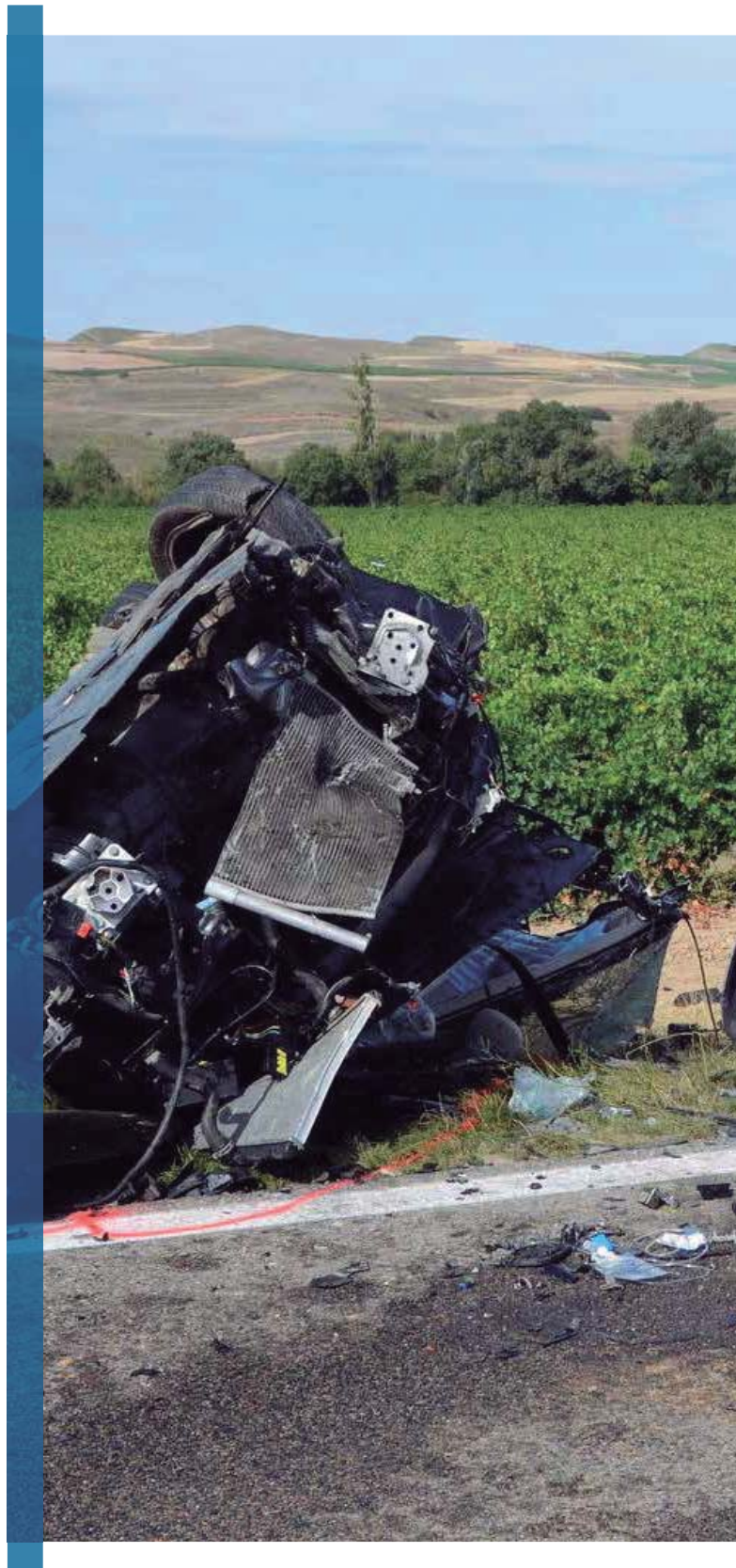
La pérdida de ingresos de trabajo personal del lesionado en función del grado de incapacidad se determina de acuerdo con las reglas siguientes:

a) En los supuestos en que el lesionado queda incapacitado para realizar cualquier tipo de trabajo o actividad profesional se considera que el perjuicio que sufre es del cien por cien de sus ingresos.

b) En los supuestos en que el lesionado queda incapacitado para realizar su trabajo o actividad profesional habitual se considera que el perjuicio que sufre es del cincuenta y cinco por ciento de sus ingresos, hasta los cincuenta y cinco años, y del setenta y cinco por ciento, a partir de esta edad.

c) En los supuestos en que las secuelas que padezca el lesionado disminuyan parcialmente sus ingresos o su rendimiento normal en el ejercicio de su trabajo o actividad profesional habituales de forma acusada se considera que el perjuicio que sufre equivale al importe de los ingresos correspondientes a dos anualidades. Se presume que la disminución es acusada cuando es igual o superior al treinta y tres por ciento de los ingresos o del rendimiento normal para el trabajo o actividad profesional habitual.

A nivel práctico, estos criterios orientativos no plantean problemas ya que normalmente nos limitaremos a acudir con la cuantía de los ingresos y la edad a lo que dispongan las tablas mencionadas. Únicamente mencionar, en relación a los supuestos de incapacidad parcial,



que el artículo 129 c) establece una presunción de disminución en los ingresos cuando esta es igual o superior al 33%, de modo similar al recogido en artículo 69 para el perjuicio particular con discapacidad física del perjudicado en caso de muerte, pero esta presunción puede ser des-



virtuada en virtud de informe pericial y nada impide apreciar el derecho a la indemnización en incapacidades inferiores a este porcentaje, cuando así se acredite, del mismo modo que al no decir el texto en todo caso, la presunción podrá ser destruida.

2.4.2.1.3 El multiplicador

Su cálculo lo recoge en el artículo 132, siendo las reglas generales de las establecidas en los números 1, 2, 3, y 4 reuniéndose en el número cinco una excepción para los supuestos de perjudicados que no tenían ingresos dedicarse en exclusiva a las tareas del hogar de su unidad familiar, determinándose un incremento del 25% en la cuantía indemnizatoria, ya que en estos supuestos el lesionado no tiene prevista una pensión pública y se vería perjudicado en el cálculo actuarial.

Supuestos especiales en función de sujeto lesionado

a) Lesionado en situación de empleo en el momento del accidente.

Es el supuesto más sencillo y, en principio, no tiene ningún programa práctico acudiendo a las mencionadas tablas. La única especialidad puede derivarse de lo establecido en el artículo 132, en su apartado 4

Artículo 132. Multiplicador.

4. Las pensiones públicas a las que tenga derecho el lesionado, tales como las de incapacidad permanente, absoluta, total o parcial, son objeto de estimación, pero puede acreditarse la percepción de pensiones distintas a las estimadas. En los supuestos de gran invalidez solo se computará en el multiplicador la parte correspondiente a la pensión de incapacidad permanente absoluta.

Como apunta **PÉREZ TIRADO** “tal y como establecen las bases técnicas actuariales que fueron realizadas por el Instituto de Actuarios Españoles, para determinar las indemnizaciones a percibir por la víctima lesionada se deben tener en cuenta las compensaciones que el perjudicado recibe por pensiones públicas a consecuencia de una incapacidad permanente absoluta, total o parcial, las cuales restan con el objeto de que no exista un enriquecimiento injusto del perjudicado.

Pero, al mismo tiempo, ese mismo apartado establece que «*puede acreditarse la percepción de pensiones distintas a las estimadas*». Es decir, la pensión que se tiene en cuenta para el cálculo del lucro cesante es una pensión teórica que está basada en determinadas hipótesis que han sido establecidas en las citadas bases técnicas actuariales, a través de las cuales se establece una presunción iuris tantum que admite la prueba en contrario.

Cuando en ese artículo se dice «pensiones distintas», se debe interpretar de la misma forma que el artículo 88.3 donde se señala con total claridad que *«podrá acreditar que no tiene derecho a pensión pública alguna o que tiene derecho a una pensión distinta de la prevista en las bases técnicas actuariales del multiplicador»*.

De esta forma, podríamos decir que las hipótesis que han sido utilizadas sirven como un mecanismo legal automático para la aplicación de las Tablas de lucro cesante 2.C.4, 2.C.5 y 2.C.6 pero, pueden existir supuestos en Regímenes Especiales de la Seguridad Social (trabajadores autónomos especialmente) y en Regímenes Alternativos a la Seguridad Social (Mutualidad de la Abogacía, etc.) donde no se cumplan las hipótesis de las citadas bases técnicas actuariales y, por ello, la pensión del perjudicado sea distinta de la estimada o incluso no cobre pensión y se requiera, en estos supuestos, de un estudio actuarial del caso concreto para valorar el verdadero lucro cesante del perjudicado.

Podríamos decir, como una norma general, que esas Tablas se ajustan a todos aquellos supuestos donde la víctima cotizaba en el Régimen General de la Seguridad Social, pues sus ingresos y cotizaciones tienen una relación directa por imperativo legal, mientras que en Regímenes Especiales pueden existir diferencias, incluso importantes, entre el nivel de ingresos que tenía la víctima y el nivel de cotización que pudiera estar realizando al existir una libre elección del trabajador de la base que desea cotizar²².

b) Lesionado en situación de desempleo en el momento del accidente o que lo hubiera estado en cualquiera de los tres años anteriores al mismo.

La única peculiaridad que plantea es el cálculo de los ingresos netos, que deberá de hacerse bien computando los ingresos netos percibidos por su trabajo en el último año o la media de los percibidos en los tres años anteriores al accidente, computándose en esta media las prestaciones por desempleo que hubiera recibido.

Puede darse el caso de que el tiempo que estuvo desempleado en los tres años anteriores al accidente no percibiera prestación alguna, en cuyo caso se computará, a los efectos de deter-

minar los ingresos netos, como si hubiera percibido un salario mínimo interprofesional anual. Esto mismo se aplicará en los casos de parados de larga duración, es decir, aquellos que en el momento del accidente estuviera en situación de desempleo y no hubieran percibido prestación alguna en los tres años anteriores.

Las tablas 2.C. 4, 2. C.5 y 2.C.6 tienen una horquilla de edad que va desde los 16 años hasta la edad de 65, equiparándose a partir de ahí las cuantías. Ello plantea la duda de si hay que incluir en este grupo a aquellos lesionados menores de 30 años que han trabajado alguna vez en los tres años anteriores al accidente, una vez cumplidos los 16, edad mínima para acceder al mercado laboral, con independencia del tiempo que hayan estado dentro del mercado laboral, siempre que sea dentro de los tres años anteriores al accidente (artículo 128.3) y excluyéndolos, en consecuencia, de la indemnización que le correspondería en los casos de las tablas 2.C7 y 2 C8, con la correspondiente injusticia que se produciría en aquel que ha trabajado unos meses o un año en esa horquilla de edad, que se vería privado de la indemnización.

Así por ejemplo un lesionado con incapacidad total de 16 años de edad que hubiera percibido el salario mínimo interprofesional durante el último año, del año en 2015 es de 9.080,40, por lo que se le aplicaría según la tabla 2. C. 5 el correspondiente a un ingreso neto de 12.000 €, dando lugar a una indemnización por lucro cesante de 36.590 €.

Sin embargo, si no hubiera trabajado nunca en aplicación de la tabla 2.C.8 le correspondería una indemnización por lucro cesante de 129.350 €, correspondiente al 55% de 1,5 del salario mínimo interprofesional.

c) Lesionado menor de 30 años pendiente de acceder al mercado laboral

Se regula en el artículo 130 del baremo, previéndose sólo indemnización en los supuestos de incapacidad absoluta y total, dejando fuera los supuestos de incapacidad parcial.

En cálculo actuarial se hace sobre la ficción de que el lesionado empezaría a trabajar a los 30 años, *“la fecha inicial del cómputo será a partir de los 30 años”*, presumiéndose como salario el equivalente a un salario interprofesional anual y medio para el caso de incapacidad absoluta y el 55% de la cantidad anterior en el caso de incapacidad total.

²² Pérez Tirado “El Resarcimiento del Lucro Cesante en el Nuevo Baremo: Excepciones a la Aplicación de las Tablas.” Ponencias del XV Congreso de Abogados Especialistas en Responsabilidad Civil y Seguro

res de 30 años pendientes de incorporarse al mercado laboral.

Determinados los ingresos netos acudiríamos a la tabla 2.C.4 en los casos de incapacidad absoluta y 2.C.5 en los supuestos de incapacidad total.

Una vez hallada la cantidad a indemnizar estas se incrementarán en un 25% (artículo 132.5). Ello es debido a que los cálculos actuariales se hacen descontando lo que el perjudicado percibiría como pensión pública de incapacidad permanente absoluta, total parcial ubicado que la dedicación exclusiva a las tareas del hogar no da derecho a esas pensiones es lo que motiva es incremento.

d.2) Si el perjudicado no tenía una dedicación exclusiva a las tareas del hogar, pero si una reducción de jornada de trabajo para compatibilizarlo con las tareas del hogar y cuidado de familia, se realizarán las mismas operaciones que en el caso anterior, si bien la cantidad a percibir será un tercio de lo que resulte de aquellas²³.

Veamos un ejemplo Ana y Andrés sufren un accidente el 13 de febrero de 2016, a consecuencia del cual a Ana le queda como secuela una tetraplejia que le supone una incapacidad absoluta y Andrés sufre la amputación de su brazo derecho, que le supone una incapacidad total. Ana tiene 42 años, está casada y tiene una reducción laboral para compatibilizar la vida familiar, teniendo su cuidado dos hijos menores de edad.

Andrés tiene 32 años y se dedica exclusivamente a las tareas del hogar, está casado y convive con su padre de 80 años.

²³ El permiso de reducción de jornada por cuidado de familiares se encuentra recogido en el artículo 37.5 Estatuto de los Trabajadores que establece que *“quien por razones de guarda legal tenga a su cuidado directo algún menor de 12 años o a una persona con discapacidad física, psíquica o sensorial, que no desempeñe una actividad retribuida, tendrá derecho a una reducción de la jornada de trabajo diaria, con disminución proporcional del salario entre, al menos, un octavo y un máximo de la mitad de duración de aquella. Tendrá el mismo derecho quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo y que no desempeñe actividad retribuida. La reducción de jornada contemplada en el presente apartado constituye un derecho individual de los trabajadores, hombres o mujeres. No obstante, si dos o más trabajadores de la misma empresa generasen este derecho por el mismo sujeto causante, el empresario podrá limitar su ejercicio simultáneo por razones justificadas de funcionamiento de la empresa.”*

Cálculo de la indemnización de Andrés:

El salario mínimo interprofesional de 2016 es de 9172,80 €. La unidad familiar es de tres miembros (Andrés, su pareja y su padre), siendo este último mayor de 67 años, por lo que la cantidad de ingresos netos debe incrementarse en un 10% lo que da un total de 10.090,08.

Como la incapacidad que le ha quedado como secuela es total hemos de ir a la tabla 2.C.5 y siendo el ingreso neto superior a 9000 e inferior a 12.000 se tomará este como valor.

Por tanto la cantidad a indemnizar por este concepto será de 21.611 €, que deberá ser incrementada en un 25% por su dedicación exclusiva dando un resultado de 27.013,75 €.

Cálculo de la indemnización de Ana:

La indemnización de Ana es por una secuela que le produce una incapacidad absoluta, en consecuencia hay que acudir a la tabla 2C4.

Como hemos visto en salario mínimo interprofesional para 2016 es de 9172,80 €. Ana convive con dos hijos menores de edad, además de su marido, por lo que esa cantidad debe incrementarse en un 20%, que da lugar a una cuantía de 11.007,36 €. Al igual que la anterior se tomará como ingreso neto la fila de 12.000 €.

La cantidad resultante será de 21.449 €, como Ana tiene una reducción laboral la cantidad a percibir por este concepto será un tercio de esta, es decir 7149,67 €.

En este punto Perez en su ponencia “El Resarcimiento del Lucro Cesante en el Nuevo Baremo: Excepciones a la Aplicación de las Tablas”²⁴ sostiene que a la cuantía de 21.499€ habría que incrementar el 25% que recoge 132.5. En su charla dada en la Universidad de Salamanca en las Jornadas de estudio “El nuevo baremo indemnizaciones de tráfico” expuso los motivos y he de reconocer que son poderosos, si el 25% se da como consecuencia de no tener una pensión por dedicación exclusiva a las tareas del hogar, el hecho de tener una jornada reducida supone una cotización menor y, en consecuencia un pensión futura menor.

Sin embargo lamento no compartir el argumento por dos motivos, el primero es que no sería de aplicación a quien cotiza para una

²⁴ Ponencias XV Congreso Nacional de Abogados Especialistas en Responsabilidad Civil y Seguro pages. 263 y ss.

Tabla 2.C.5

LUCRO CESANTE POR INCAPACIDAD PARA REALIZAR SU TRABAJO O ACTIVIDAD PROFESIONAL (TOTAL)									
ingreso neto	Edad lesionado								
Hasta	26	27	28	29	30	31	32	33	34
9.000,00	20.353 €	19.656 €	18.961 €	18.267 €	17.577 €	16.891 €	16.900 €	15.531 €	14.859 €
12.000,00	27.137 €	26.208 €	25.281 €	24.357 €	23.436 €	22.521 €	21.611 €	20.708 €	19.813 €
15.000,00	33.922 €	32.760 €	31.601 €	30.466 €	29.296 €	28.2151 €	21.014 €	25.885 €	24.766 €

Tabla 2.C.7

LUCRO CESANTE POR INCAPACIDAD PARA REALIZAR CUALQUIER TRABAJO O ACTIVIDAD PROFESIONAL (ABSOLUTA)									
ingreso neto	Edad lesionado								
Hasta	34	35	36	37	38	39	40	41	42
9.000,00	23.068 €	22.180 €	21.297 €	20.418 €	19.543 €	18.672 €	17.806 €	16.944 €	16.087 €
12.000,00	30.757 €	29.573 €	28.396 €	27.224 €	26.057 €	24.896 €	23.741 €	22.592 €	21.449 €

pensión mínima, que sería la misma tenga o no reducción de jornada, siempre que cumpla los requisitos legales para tener derecho a pensión de jubilación.

En segundo lugar por la sistemática del precepto, que se refiere al cálculo del lucro cesante con el multiplicando del apartado 1²⁵, sin que se haga referencia a ese incremento, que aparece en el número 5 del artículo 132 dedicado exclusivamente “*al lesionado que carece de ingresos por dedicarse en exclusiva a las tareas del hogar*”. Argumento predicable al perjuicio patrimonial en el caso de fallecimiento en relación a los artículos 85, en relación a los artículos 83 y 88.

Conviene decir que esta cantidad hay que añadirla a la indemnización que le correspondría en esta misma tabla por sus ingresos netos laborales.

3. Indemnización por lesiones temporales

El artículo 134 define las lesiones temporales como *las que sufre el lesionado desde el momento del accidente hasta el final de su proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela*.

²⁵ “En los supuestos de incapacidad absoluta, respecto del trabajo no remunerado del lesionado que no obtenía ingresos por ser la persona que contribuía al sostenimiento de su unidad familiar mediante la dedicación exclusiva a las tareas del hogar, se seguirán las reglas siguientes:

a) Se valora dicho trabajo no remunerado en el equivalente a un salario mínimo interprofesional anual.

b) En unidades familiares de más de dos personas dicha equivalencia se incrementa en un diez por ciento del salario mínimo interprofesional anual por cada persona menor de edad, con discapacidad o mayor de sesenta y siete años que conviva con el lesionado en la unidad familiar, sin que ese incremento adicional pueda superar el importe de un salario mínimo interprofesional anual y medio.

Es decir, lo que habitualmente consideramos como el tiempo que tardó en curar de sus lesiones y en el número dos establece la compatibilidad de esta indemnización con la que proceda por secuelas o en su caso por muerte, compatibilidad que es obvia con las secuelas que, como el propio 134 recoge, no vienen a ser más que una estabilización de la lesión, que por su imposibilidad de ser curada en su totalidad, es decir, volver al estado anterior al accidente, se convierte en secuela. De hecho, como hemos visto, el momento de valoración de las secuelas es el informe de estabilización de las lesiones.

Supuesto especial es el caso de indemnización por lesiones temporales en caso de fallecimiento del lesionado antes de fijarse la indemnización, que recoge el artículo 44²⁶ y que lo único que hace es reconocer el derecho de los herederos al cobro de la indemnización que debía percibir el lesionado por el tiempo que tardó en curar de las lesiones, bien hasta el momento de su estabilización, bien hasta el momento del fallecimiento si éste fue anterior a la estabilización. Nótese que la indemnización corresponde a los herederos y no a los perjudicados en caso de fallecimiento, pues esta cantidad al haberse debido percibir en vida corresponde a la masa hereditaria del fallecido.

3.1 Perjuicio personal básico en las lesiones temporales

Lo define el artículo 136, como “*el perjuicio común que se padece desde la fecha del accidente hasta el final del proceso curativo o hasta*

²⁶ La indemnización que deben percibir los herederos del lesionado se fijará de acuerdo con el tiempo transcurrido desde el accidente hasta la estabilización de sus lesiones, o en su caso, hasta su fallecimiento, si éste es anterior.

la estabilización de la lesión y su conversión en secuela”.

Se recoge en la tabla 3.A, que establece una indemnización por día de 30 € y que podríamos equiparar a lo que el anterior baremo denominaba día no impeditivo, siendo prácticamente idéntica la cuantía indemnizatoria ya que el baremo de 2014, último publicado, la establecía en 31,43 euros teniendo en cuenta que el IPC de los últimos años ha venido siendo negativo, si bien supone una disminución de un 4, 55% sustancioso para las aseguradoras al ser la indemnización de mayor uso.

3.2 Perjuicio personal particular en las lesiones temporales

Podríamos equipararlo a lo que hasta ahora veníamos considerando como días impeditivos y días hospitalarios, pues el número cinco del artículo 138 apunta en esa dirección²⁷.

Se regula en la tabla 3.B y lo que hace el baremo es clasificar los días en función de la pérdida temporal de calidad de vida, distinguiendo entre muy grave, grave o moderado.

Artículo 138.2 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.

En resumen, la estancia en la UCI se corresponderá con el perjuicio muy grave, la estancia hospitalaria con el perjuicio grave y los días impeditivos sin estancia hospitalaria con el perjuicio moderado, si bien estos criterios no son excluyentes y habrá que estar a lo que diga el informe médico.

Al igual que venía ocurriendo hasta ahora, a cada día de perjuicio personal particular de corresponde un único grado de perjuicio, que son progresivos y excluyentes entre sí.

²⁷ El impedimento psicofísico para llevar a cabo la actividad laboral o profesional se reconduce a uno de los tres grados precedentes





La indemnización por el perjuicio personal particular lleva incluida la indemnización por perjuicio básico, por lo que no habrá que sumar a esta indemnización los 30 €.

Las cuantías se recogen en la tabla 3.B y suponen una bajada de 6,41 € /día para los días no impeditivos, que no parece justificado y supone de nuevo un importante ahorro para las compañías aseguradoras, un aumento de 3,26 €/día por día hospitalario y el reconocimiento de una mayor penosidad de la estancia en la UCI al indemnizarse con 100 €/día.

INDEMINAZACIONES POR LESIONES TEMPORALES

Tabla 3

Tabla 3.B Perjuicio Personal Particular

Por pérdida temporal de calidad de vida

Indemnización por día (incluye la indemnización por perjuicio básico)

Muy grave	100 €
Grave	75 €
Moderado	52 €

3.2.1 Las intervenciones quirúrgicas

Se prevé en la tabla 3B una indemnización específica por intervención quirúrgica, que será de un tanto alzado que va desde los 400 hasta los 1600 €, en función de los criterios las características de la operación, complejidad de la técnica quirúrgica y tipo de anestesia.

Como apunta la fiscal delegada de seguridad vial de Oviedo, Adoración Peñín, hay distintas clasificaciones para poder valorar las características y complejidad de la operación.

Podemos citar la Clasificación de Altemeier: una clasificación de las operaciones quirúrgicas según su grado de limpieza y contaminación (algo que en nuestra materia ha de ser tenido en cuenta):

Cirugía limpia: sin aberturas a órganos huecos. No hay traumatismos o inflamación probable.

Cirugía limpia contaminada: abertura a vísceras huecas con una contaminación mínima. Ruptura de una asepsia mínima.

Cirugía contaminada: contaminación importante por el contenido intestinal. Franca ruptura de la asepsia. Herida traumática reciente de menos de 4 horas. Sistema genitourinario biliar abierto con bilis u orina infectada.

Cirugía sucia: herida traumática de más de 4 horas y/o tejidos desvitalizados. Contaminación fecal. Cuerpo extraño Viscera perforada. Inflamación bacteriana aguda. Presencia de pus.

O la Clasificación de la ASA (Sociedad Americana de Cirugía): una clasificación que tiene en cuenta el estado general del paciente antes de iniciar un procedimiento, de cara a la anestesia y riesgos operatorios:

Clase I: no hay alteraciones orgánicas, fisiológicas, bioquímicas o psiquiátricas. El proceso patológico para el cual se va a practicar la cirugía se encuentra localizado y no ocasiona alteraciones sistémicas

Clase II: alteraciones sistémicas ligeras a moderadas producidas bien por la condición a tratar, bien por otros procesos patológicos

Clase III: alteraciones sistémicas severas o enfermedades graves de cualquier índole incluso cuando no se puede definir el grado de discapacidad.

Clase IV: Indicativa de un paciente sistémico grave que hace peligrar su vida que no siempre es posible corregir mediante un procedimiento operatorio.

Clase V: paciente moribundo, con poca probabilidad de supervivencia que es remitido a cirugía in extremis²⁸.

En este punto será conveniente solicitar, vía informe o declaración en la vista oral, al médico forense una concreción sobre los criterios citados anteriormente.

En todo caso, esta indemnización ha de considerarse compatible con la que corresponda por la estancia hospitalaria.

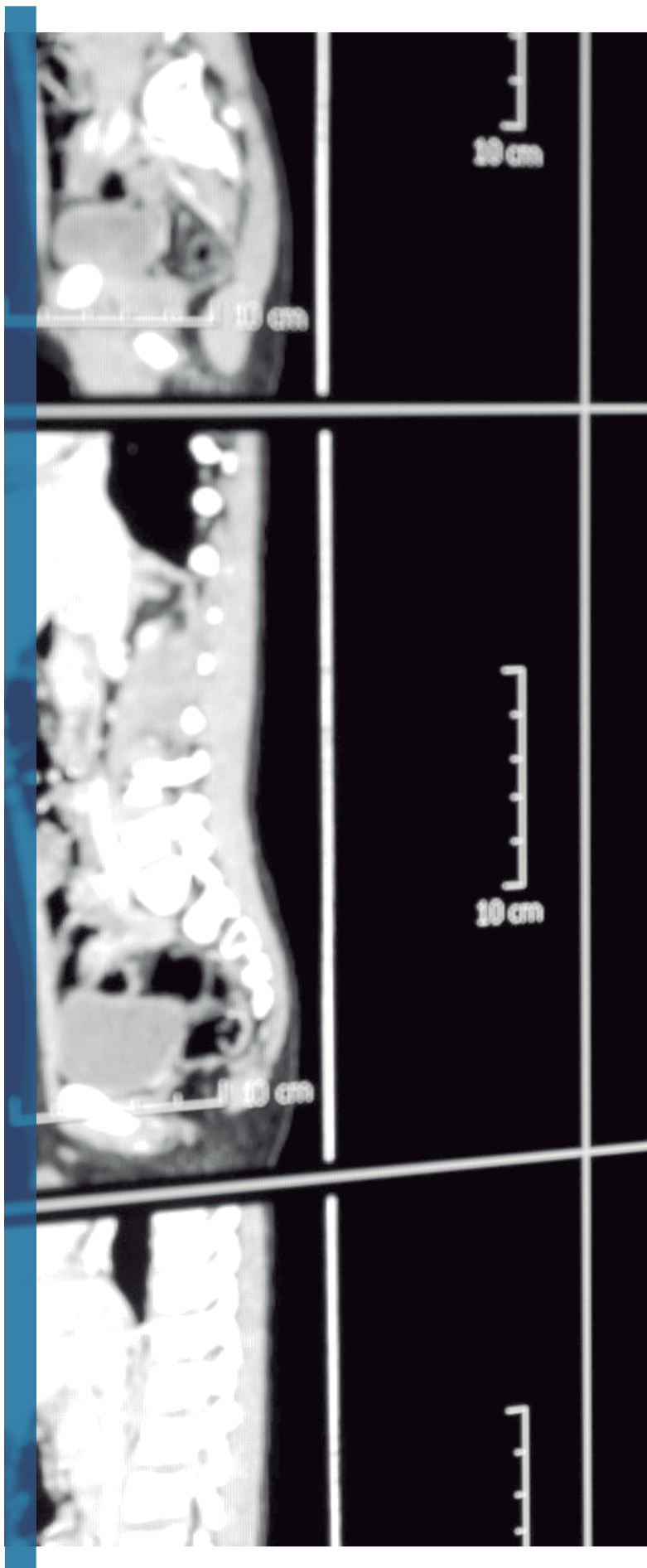
3.2.2 Especial consideración de los traumatismos menores de la columna vertebral

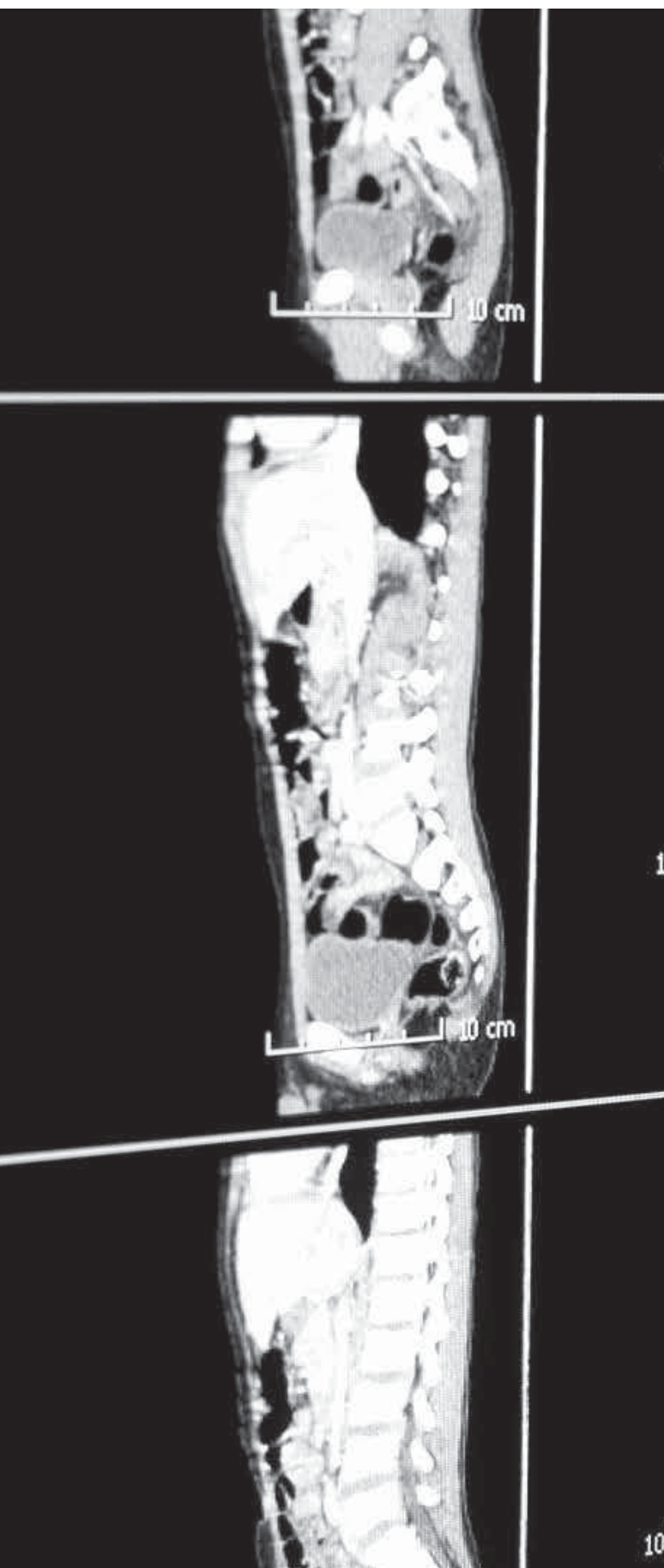
Desde hace un tiempo las compañías aseguradoras han venido manifestando su preocupación por los numerosos accidentes con resultado de lo que coloquialmente se conoce como latigazo cervical. Especialmente por el fraude que suele darse en este tipo de lesiones, ya que el dolor es muy difícil de objetivar. La media indemnizatoria por persona y lesión por este concepto está entre los 2000 y los 8500 €²⁹.

Ello ha hecho que el legislador se ocupe especialmente de ellos en el artículo 135, especialmente dirigido a los médicos forenses o especialistas en medicina legal que hagan los informes,

²⁸ Valoración del Daño Corporal en Siniestros de Circulación con Vehículo a Motor. Ley 30/2015, de 22 de septiembre. Ponencia presentada en las Jornadas de Fiscales Delegados de Seguridad Vial, Madrid 2016.

²⁹ Fuente *Promedio estadísticas Legal Biotec Abogados 2011/2013*





exigiéndoles un mayor rigor en los dictámenes que establezcan indemnización por esta lesión y siempre que vayan referidos a traumatismos cervicales menores, que el número tres del artículo extiende a toda la columna vertebral, cuando la única base para su diagnóstico sea la manifestación del lesionado sobre la existencia del dolor, no susceptible de ser verificado por otras pruebas médicas. Los criterios que deben darse para poder apreciar esta lesión son los siguientes:

a) *De exclusión, que consiste en que no medie otra causa que justifique totalmente la patología.*

b) *Cronológico, que consiste en que la sintomatología aparezca en tiempo médicamente explicable. En particular, tiene especial relevancia a efectos de este criterio que se hayan manifestado los síntomas dentro de las setenta y dos horas posteriores al accidente o que el lesionado haya sido objeto de atención médica en este plazo.*

c) *Topográfico, que consiste en que haya una relación entre la zona corporal afectada por el accidente y la lesión sufrida, salvo que una explicación patogénica justifique lo contrario.*

d) *De intensidad, que consiste en la adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.*

2. *La secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal.*

En definitiva, habrá que estar a lo que recoja el informe médico sobre la lesión.

3.3 Perjuicio patrimonial en las lesiones temporales

Al igual que en los casos de fallecimiento y secuelas, el baremo los subdivide en daño emergente y lucro cesante.

3.3.1 Daño emergente por lesiones temporales

A diferencia de lo que hemos visto hasta ahora, el daño emergente no va a presentar mayores problemas en la medida en que no van a suponer cuantías correspondientes a conceptos proyectables en el tiempo, sino únicamente la satisfacción de una serie de gastos que deberán ser acreditados. De hecho la tabla 3 habla únicamente de gastos de asistencia sanitaria y gastos diversos resarcibles, limitándose al establecer que se satisfará su importe. En definitiva, será un problema de prueba documental de aportación por los perjudicados de las facturas correspondientes a los gastos que recogen los artículos 141 y 142.

3.3.1.1 Gastos sanitarios

Se resarcen los gastos de asistencia sanitaria, prótesis, órtesis, productos de apoyo para la autonomía personal, que por prescripción facultativa necesites lesionado hasta el final del proceso curativo o estabilización de la lesión y su conversión en secuela, siempre que se justifique debidamente ese médicamente razonables en atención a la agresión sufrida y sus circunstancias (art. 141.1).

Estos gastos pueden ser satisfechos al lesionado en caso de que hayan sido abonados por este o directamente a los centros sanitarios.

Se asimilan a ello los gastos de transporte que el lesionado realice con ocasión de la asistencia sanitaria de sus lesiones temporales

3.3.1.2 Gastos diversos resarcibles

También se resarcen los gastos que la lesión genera en el desarrollo de las actividades ordinarias del día a día del lesionado, siempre que estén debidamente justificados y sean razonables en atención a sus circunstancias personales y familiares.

En particular, con los mismos criterios de razonabilidad del apartado anterior se indemnizarán por esta vía los costes de movilidad del lesionado, desplazamientos de familiares para atenderle cuando su condición médica o situación personal lo requiera, y en general, los necesarios para que queden atendidos él o los familiares menores especialmente vulnerables de los que se ocupa.

Es decir, se recogen todos los gastos precisos para el desplazamiento del lesionado o bien para el cuidado temporal de las personas a su cargo mientras éste es atendido en el centro (guarderías, canguros, personas que asistan a otras de edad avanzada, etc).

3.3.2 Lucro cesante por lesiones temporales

Se regula en el artículo 143 de un modo similar a las secuelas, en lo que se refiere a la acreditación de los ingresos netos, distinguiendo también el perjudicado que se encuentre trabajando y aquel que se dedique exclusivamente a las tareas del hogar.

a) lesionado en situación laboral activa. Se le indemnizará por la pérdida de ingresos netos proveniente de trabajo personal del lesionado, que se acreditará mediante la referencia a los percibidos en un periodo análogo a la lesión temporal durante el año anterior al accidente o

la media de los tres años inmediatamente anteriores al mismo, si ésta fuera superior.

Reproducimos aquí lo expuesto en el apartado del cálculo de ingresos netos en la indemnización por secuelas, especialmente en lo referido a unos colectivos como taxistas, transportistas o trabajadores autónomos.

b) lesionado dedicado con carácter exclusivo a las tareas del hogar. Se le indemnizará por la cantidad diaria de un salario mínimo interprofesional anual que para el año 2016 es de 21,84 euros/día, con las siguientes limitaciones:

- Si las lesiones curaron sin secuelas o con secuelas iguales o inferiores a tres puntos, la cantidad máxima a indemnizar será de una mensualidad del SMI, que en 2016 es de 655,20 €.

- En los demás casos, es decir, curación con secuelas superiores a tres puntos, será de aplicación los criterios que vimos en las secuelas. Se indemnizará en concepto de lucro cesante a razón de 21,84 euros/día durante todo el tiempo que tarde en curar de las lesiones, hasta su conversión en secuela, que habrá de ser superior a tres puntos. Esta cantidad de 21,84 euros/día se incrementará en un 10% por cada uno de los menores de edad, discapacitados, o mayores de 67 años que convivan con el lesionado, siempre y cuando la unidad familiar sea mayor de dos miembros.

En los dos casos la indemnización por lucro cesante de quienes se dedican con carácter exclusivo a las tareas del hogar es incompatible con el resarcimiento de los gastos generados por la sustitución de tales tareas, es decir, no es compatible con solicitar indemnización por haber tenido que contratar a otra persona que realice las tareas que venía haciendo en lesionado. Sin embargo, si podrá solicitarse esa indemnización dentro de los gastos diversos resarcibles que prevé el artículo 142.1, pero habrá de optarse entre una u otra.

- No es de aplicación la reducción prevista en el número tres del artículo 131, ya que el lucro cesante por lesiones temporales solamente se dará a quien se dedique con carácter exclusivo a las tareas del hogar, excluyéndose expresamente los supuestos de reducción de jornada por dedicación temporal a esas tareas.

De esas cantidades se deducirán las prestaciones de carácter público que perciba el lesionado por el mismo concepto. Por tanto, quedan excluidos de la indemnización por este concepto colectivos como funcionarios o trabajadores por cuenta ajena que perciban el 100 por 100 de sus haberes estando de baja laboral.