



doctrina

El nuevo sistema para la solución extrajudicial de las reclamaciones por daños y perjuicios derivados de accidentes de tráfico tras la ley 35/2015.

Nuria Galilea Jiménez
Abogada

Sumario

- I. INTRODUCCIÓN.
- II. Artículo 7 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de Octubre. Reforma operada por la Ley 35/2015, de 22 de Septiembre.
 - 2.1. Principales variaciones.
- III. RECLAMACIÓN EXTRAJUDICIAL PREVIA.
 - 3.1. Introducción.
 - 3.2. Efectos.
 - 3.2.1 Colaboración entre el perjudicado y la compañía aseguradora.
 - 3.2.2 Interrupción de la prescripción.
 - 3.2.3 Deber de diligencia del asegurador.
- IV. OFERTA O RESPUESTA MOTIVADA.
 - 4.1 Oferta motivada.
 - 4.1.1 Concepto.
 - 4.1.2. Plazo.
 - 4.1.3 Requisitos.
 - 4.2 Respuesta motivada.
 - 4.2.1 Concepto.
 - 4.2.2. Requisitos.
- V. INFORME MÉDICO.
 - 5.1 Tipos de informes médicos.
 - 5.2 El médico forense. La posibilidad de acudir al Instituto de Medicina Legal.
 - 5.3 Especial referencia a la preclusión o no para la aseguradora de aportar informe médico con la Oferta Motivada.
- VI. El traumatismo menor de columna.
 - 6.1 Introducción.
 - 6.2 Criterios de causalidad genérica.
 - 6.2.1 De exclusión.
 - 6.2.2 Cronológico.
 - 6.2.3 Topológico.
 - 6.2.4 De intensidad.
 - 6.3 Especial referencia al Informe Médico Concluyente.
- VII. BUENAS PRÁCTICAS.
- VIII. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 7.
- IX. CONCLUSIONES.
- X. NORMATIVA CONSULTADA.
- XI. JURISPRUDENCIA.
- XII. BIBLIOGRAFÍA.

I.- INTRODUCCIÓN.

Con la entrada en vigor de la ley 35/2015 (LRCSVM) se introdujo en el ámbito normativo un nuevo sistema para la valoración de daños personales derivados de accidentes de tráfico, que entró en vigor el día 01 de enero de 2016, tras la reforma llevada a cabo por la L. O. 1/2015, de 30 de marzo por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal, a través de la cual se suprimieron las faltas del Código Penal.

A fin de intentar reducir las consecuencias derivadas de la supresión de las faltas en el Código Penal, se reformó lo establecido en el art. 7 de la LRCSVM, instaurándose, como requisito obligatorio antes de acudir a la vía judicial, realizar una reclamación previa a la aseguradora y también la posibilidad de que la víctima pueda acudir, en esta fase, a ser valorado por el médico forense.

La principal finalidad de estos cambios fue la de acceder a un procedimiento extrajudicial de resolución del conflicto, más rápido cuando surgen este tipo de reclamaciones, teniendo derecho a una indemnización satisfactoria y resarcitoria de los daños causados, e intentando evitar las dilaciones que se dan dentro del procedimiento judicial.

Por ello, se exige la obligación de acudir a esta vía, extrajudicial, con carácter preceptivo y previo a iniciarse el correspondiente procedimiento judicial, con el fin de llegar a un acuerdo entre el perjudicado y la compañía aseguradora.

El principal objeto de este trabajo es analizar este cambio de regulación, y especialmente la reforma del procedimiento extrajudicial de oferta/respuesta motivada, operada por el citado art.7 de la LRCSVM, a fin de intentar resolver a través suyo la mayor parte de asuntos que antes se tramitaban vía jurisdicción penal.

II.- ARTÍCULO 7 DEL REAL DECRETO LEGISLATIVO 8/2004, DE 29 DE OCTUBRE. REFORMA OPERADA POR LA LEY 35/2015, DE 22 DE SEPTIEMBRE.

El art.7 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad y seguro en la circulación de vehículos a motor, regulaba en su art. 7 las obligaciones del asegurador, siendo este artículo posteriormente

modificado, primero por la Ley 21/2007, de 11 de Julio; y finalmente a través de la reforma operada por 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, que contiene su regulación actual.

2.1. PRINCIPALES VARIACIONES.

En comparación con las anteriores redacciones de este artículo es de destacar:

1. La reclamación extrajudicial previa se establece como requisito de procedibilidad previo a la vía judicial. Anteriormente era potestativa para el perjudicado.
2. Deber de colaboración entre las partes, tanto para el asegurado como para la compañía aseguradora.
3. La oferta y respuesta debe contener unos requisitos mínimos, ambas deben ser motivadas.
4. Procedimiento en caso de que no haya acuerdo entre las partes, donde contempla la posibilidad de acudir a la mediación civil o que el perjudicado solicite una valoración por parte de un facultativo del instituto de Medicina Legal.
5. Incremento en las obligaciones generadas para la víctima y el asegurado y sus consecuencias en caso de incumplimiento.

III.- RECLAMACIÓN EXTRAJUDICIAL PREVIA.

3.1. INTRODUCCIÓN.

En la exposición de motivos de la Ley 35/2015 se indica: "el conjunto de reformas que en el ámbito comunitario se han emprendido en relación con el seguro del automóvil, tendentes todas ellas a incrementar la protección a las víctimas mediante la garantía de una indemnización suficiente, justifican la conveniencia de revisar el sistema con el fin de introducir las modificaciones necesarias...//... no cabe duda de que es necesario reformar el vigente Baremo para que cumpla su función de una forma efectiva, buscando un justo resarcimiento de los perjuicios sufridos por las víctimas y sus familias como consecuencia de un siniestro de tráfico. El principio de reparación íntegra de los daños y perjuicios causados no

es efectivo en toda su dimensión, provocando situaciones injustas y en ocasiones dramáticas, con una pérdida añadida de calidad de vida, cuando además, ya se ha sufrido un daño físico, psíquico y moral, y que impone el deber al legislador de encontrar las formas idóneas que garanticen el cumplimiento de tan importante principio”

Consecuencia de ello, se impone como preceptiva reclamación previa a la compañía aseguradora, opcional en la normativa anterior y de la que, en la mayoría de los casos, no se hacía uso, interponiéndose directamente denuncia en la vía penal cuando se habían producido lesiones, lo que daba lugar a la apertura de un procedimiento penal, normalmente un juicio de faltas o de diligencias previas, que conllevaba la intervención del médico forense, perito valorador de lesiones gratuito, donde se solventaba, aparte de la cuestión penal, la cuestión civil en caso de condena.

Esta norma procesal no tiene carácter retroactivo, por lo que la obligatoriedad de la reclamación previa se da exclusivamente para accidentes que tengan lugar a partir del 1 de Enero de 2016, siendo potestativo para el actor en caso de que el siniestro acaeciera en fecha anterior.

3.2. EFECTOS.

La obligatoriedad del envío de reclamación extrajudicial previa a la aseguradora provoca distintos efectos, como indica PEREZ UREÑA¹, realizando un análisis de los mismos en sentido favorable.

3.2.1 COLABORACIÓN ENTRE EL PERJUDICADO Y LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

Esta colaboración entre las partes resulta obligatoria a raíz de la reforma del art.7 por la Ley 35/2015, en relación a lo regulado en el art. 37 de esta Ley, debiendo el lesionado prestar, desde la producción del daño, la colaboración necesaria para que los servicios médicos designados por cuenta del eventual responsable lo reconozcan y sigan el curso evolutivo de sus lesiones y debiendo proporcionar los servicios médicos de la aseguradora, tanto a ella como

¹ Pérez Ureña, Antonio Alberto. (2018, 9 de Octubre) La obligatoriedad de la reclamación a la aseguradora para determinar la indemnización que corresponda abonar. <https://elderecho.com/los-efectos-de-la-reclamacion-previa-a-la-aseguradora-en-el-ambito-del-seguro-obligatorio-de-vehiculos>



al lesionado el informe médico definitivo, a fin de poder alcanzar un acuerdo extrajudicial conteniendo una indemnización que repare los daños causados a la víctima, evitando la dilatación del procedimiento acudiendo a la vía judicial.

3.2.2 INTERRUPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN.

El plazo para exigir la responsabilidad al asegurado de los daños causados a raíz de un accidente de circulación es de un año, conforme al art. 1968 CC y al art. 7.1 segundo párrafo LRCSVM.

Este plazo de prescripción se interrumpe con la presentación de la reclamación extrajudicial, conforme prevé el art. 7.1. cuarto párrafo LRCSVM cuando dice que: "...esta reclamación interrumpirá el cómputo del plazo de prescripción desde el momento en que se presente al asegurador obligado a satisfacer el importe de los daños sufridos al perjudicado."

3.2.3 DEBER DE DILIGENCIA DEL ASEGURADOR.

Siguiendo los términos expuestos en el art. 7 LRCSVM, le corresponde al asegurador dar una respuesta fundamentada a las pretensiones del perjudicado, debiendo justificar, de forma motivada, su oferta respecto a los daños causados o, en su caso, la denegación de la misma, debiendo cumplir los requisitos formales establecidos en el art.7.3 LRCSVM, debiendo hacerla llegar de manera fehaciente al perjudicado, especificando de forma clara las partidas objeto de indemnización y el importe desglosado que corresponde a cada una de ellos, y ello sin ocultar la información de la que disponga en el momento de realizar la oferta, lo que originaría que pudiera incurrir en mala fe.

En caso de incumplimiento de los requisitos exigidos legalmente, la oferta motivada se tendrá por no realizada, como así se reitera por diferentes Audiencias. En este sentido, Sentencia de la AP de Baleares de 14 de Junio², que en el FD 3º establece: "... ninguno de los escritos comunicando las consignaciones efectuadas puede ser considerada oferta motivada, al faltar las formalidades descritas y haberse producido una vez transcurrido el plazo de tres meses que se establecía para ello en la ley, siendo incluso que la última de las tres se produjo después de la sentencia de apelación recaída."

² Sentencia de la AP de Baleares 50/2017, de 14 de Junio.

IV.- OFERTA O RESPUESTA MOTIVADA.

Con la entrada en vigor de la Ley 35/2015, incluyendo el nuevo baremo que regula las indemnizaciones derivadas de accidentes de tráfico, se modificó sustancialmente la regulación de la oferta motivada en relación con la indemnización por accidentes de tráfico por los daños sufridos, tanto personales como materiales, con el fin de proteger los intereses de los perjudicados.

En su virtud, en todos los accidentes de tráfico acaecidos desde el día 1 de Enero de 2016, tras la preceptiva la reclamación previa de la víctima, la oferta/respuesta motivada de la aseguradora se convierte en una contestación obligatoria a esta reclamación realizada, naciendo a raíz de ella el deber de diligencia de la aseguradora de cuantificación y liquidación de la indemnización, buscando con este sistema de reclamación/oferta alcanzar un acuerdo extrajudicial, precluyendo el momento para realizarla, considerándose la misma un instrumento de mediación.

LOPEZ³ la define del siguiente modo: "La **oferta o respuesta motivada** se establece como una obligación de la compañía aseguradora de dar siempre respuesta al asegurado frente a su reclamación, ya sea por las lesiones sufridas o por los daños en los bienes."

4.1 OFERTA MOTIVADA.

4.1.1 CONCEPTO.

La oferta motivada es un concepto nuevo introducido por el nuevo baremo de accidentes regulado en el art. 7.3 de la Ley y comprende una de las dos contestaciones posibles, (la otra sería la respuesta motivada), que debe facilitar la compañía aseguradora a la reclamación interpuesta por la víctima de un accidente.

Este documento es preceptivo y en él la aseguradora reconoce los hechos que se le han reclamado, aceptando su responsabilidad y el pago de la indemnización que deriva de la misma.

³ López, Noelia (2018, 18 Septiembre) Oferta motivada tras un accidente de tráfico: todo lo que debes saber. <https://www.autobild.es/noticias/oferta-motivada-accidente-trafico-todo-que-debes-saber-303847>

4.1.2. PLAZO.

El plazo del que dispone la aseguradora para realizar la oferta motivada una vez que se ha recibido la reclamación por parte del perjudicado es de tres meses, como dispone el art.7.2 de la LRCSVM.

En caso de que en dicho periodo la aseguradora no emita la correspondiente oferta, o respuesta de exoneración de responsabilidad, o no abone en el plazo de cinco días el pago al que se hubiese comprometido, se devengarán intereses, salvo que justificadamente pueda acreditar que, por causas ajenas a la compañía, no puede cuantificar los daños.

A la hora de emitir la oferta motivada, la aseguradora del vehículo causante del siniestro debe:

Aceptar la responsabilidad: En el caso de que concurren causas que exoneren a la aseguradora de indemnizar a la víctima, en ningún caso es preceptivo que emita una oferta motivada. Si no concurre causa legal por la que esté vinculada a indemnizar a la víctima, esta quedará exonerada de toda responsabilidad.

Cuantificar el daño: Es necesario que la compañía de seguros tenga conocimiento suficiente de los daños que se han producido para poderlos cuantificar y que no concurra causa dubitativa en cuanto a la implicación del asegurado en el siniestro.

En caso de no acreditarse ambos requisitos, emitirá una respuesta motivada, que se analizará posteriormente.

4.1.3 REQUISITOS.

El contenido mínimo de la oferta motivada se encuentra regulado en el art. 7.3 de la LRCSVM, habiéndose de realizar obligatoriamente por escrito, de forma desglosada, detallando cada uno de los puntos que se tienen en cuenta para realizarla, siendo necesario que la oferta motivada se base en la información, tanto médica como de cualquier tipo, de que disponga la aseguradora para cuantificar el daño acaecido, incluyendo el informe médico definitivo, a fin de que la víctima pueda valorarla y decidir si la acepta o no, haciendo constar expresamente que el hecho de aceptar la indemnización ofertada no implica renuncia a futuras acciones.

Así se ratifica por el Auto de la AP de Madrid⁴ “Que esta cantidad procede y queda cumplidamente acreditada se desprende de la propia Oferta Motivada efectuada por la entidad demandada a la parte actora, ya que, además de los días de incapacidad temporal y secuelas, se recoge expresamente la Incapacidad Permanente Absoluta y la necesidad de ayuda, si bien parcial, de tercera persona, fijándola ella misma en la suma de 350.812,89 euros. Por tanto, ninguna duda puede haber de que la cantidad fijada en el auto es acorde con la situación en la que lamentablemente ha quedado la lesionada y a la que tiene que hacer frente la aseguradora demandada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 de la mencionada Ley , en la que se establece que el asegurador, dentro del ámbito del aseguramiento obligatorio y con cargo al seguro de suscripción obligatoria, habrá de satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y en sus bienes, teniendo acción directa para exigirlo” y la sentencia de la AP de La Coruña⁵ “podemos añadir a la completa y exhaustiva argumentación contenida en la sentencia para justificar la liberación del pago de tales intereses, aunque si reiterar que esta aseguradora realizó su primera oferta motivada dentro del plazo de tres meses a contar desde la fecha del accidente (sin esperar a la reclamación de la víctima) y que esta primera oferta, secundada de un primer pago, fue paulatinamente completada a medida que se conocían nuevos datos en el curso evolutivo del lesionado, y ello pese a las reservas que generaba la levedad del accidente y al parco diagnóstico inicial (sin referencia a la fractura de muñeca, que apareció dos meses después del suceso)”

4.2 RESPUESTA MOTIVADA.

4.2.1 CONCEPTO.

Se regula en el art. 7.4 de la Ley y, en contraposición a la oferta motivada, la respuesta motivada es la negativa a realizar una oferta al perjudicado, en base a las razones por las que la compañía de seguros no nos ofrece indemnización alguna, habiendo de ser estas acreditadas por la aseguradora al perjudicado, dentro del plazo de tres meses a contar desde la recepción de la reclamación previa.

⁴ Auto de la AP de Madrid 34/2013, de 1 de Febrero.

⁵ Sentencia de la AP de La Coruña 30/2015, de 29 de Enero.

4.2.2. REQUISITOS.

En los mismos términos establecidos para la oferta motivada, en el punto siguiente, (art. 7.4 de la LRCSVM), se regulan los requisitos que se deben concurrir en la negativa a ofrecer indemnización, bien por considerar que no queda acreditada en la dinámica del siniestro la responsabilidad de la compañía, o que no se encuentra involucrado el asegurado; o bien porque no se hayan podido cuantificar los daños, debido a su falta de producción o a su desconocimiento, o bien por cualquier otra razón, que deberá especificarse en la respuesta.

Así, en la propia Ley se regulan los motivos por los que no se realiza, en su caso, la oferta motivada y el compromiso de la compañía aseguradora, (en el caso de alargarse en el tiempo el proceso de curación de la víctima, por no haber alcanzado la estabilización lesional o por el acaecimiento de cualquier otro motivo a raíz del cual no fuera posible cuantificar el daño), de realizarla en cuanto sea posible su cuantificación.

V.- INFORME MÉDICO.

Con la modificación de la LRCSVM, en los arts. 7, 37 y 135 se refiere a distintos tipos de informes médicos, de entre los cuales cabe llevar a cabo la siguiente distinción.

5.1 TIPOS DE INFORMES MÉDICOS.

Siguiendo la ley nos hallamos ante distintos tipos de informes que son objeto de análisis, así siguiendo a GARCÍA-CHAMÓN CERVERA⁶ cabe indicar de cada uno de ellos:

- Informe médico pericial: Es aquel emitido por el perito médico, que se regula en el art. 335 de la LEC: “Cuando sean necesarios conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos, las partes podrán aportar al proceso el dictamen de peritos que posean los conocimientos correspondientes o solicitar, en los casos previstos en esta ley, que se emita dictamen por perito designado por el tribunal”.
- Informe médico definitivo: A él se
- Informe médico complementario: Se regula en el art.7.5 de la LRCSVM y nace como consecuencia de la confrontación entre el perjudicado y la compañía aseguradora.

refiere el art.7 de la LRCSVM, cuando hace referencia a la oferta motivada, que contiene la indemnización para el perjudicado, englobando tanto los daños personales como los patrimoniales. En los apartados 3.c y 4.b, se refiere al informe de curación del lesionado, que contiene los días improductivos y no improductivos para el desarrollo de su actividad habitual, además de las secuelas que se mantienen tras el accidente y resto de partidas contempladas en el nuevo baremo.

Se puede encomendar su realización a un perito médico de parte por el lesionado, siendo en este caso su abono a cargo del solicitante.

También se puede solicitar la emisión de informe valorador al Instituto de Medicina Legal, siempre que no hubiese intervenido anteriormente, en cuyo caso se han de cumplir una serie de requisitos, como la aportación de los informes médicos del lesionado, y resto de documentación acreditativa del siniestro y producción de lesiones, siendo requisito ineludible para la admisión de la solicitud la aportación de la oferta motivada e informe médico definitivo de la aseguradora. Su abono, en este caso, corre a cargo de la compañía aseguradora, con independencia de que se haya emitido a solicitud del perjudicado o por acuerdo entre ambos.

- Informe médico ajustado: El art. 37.1 de la LRCSVM hace referencia al mismo cuando refiere: “la determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante informe médico ajustado a las reglas de este sistema” en los mismos términos el art.11 del RD 1148/2015.
- Informe médico concluyente: El art.135 de la LRCSVM se refiere a este al tratar sobre el traumatismo menor de columna. Haré referencia al mismo en epígrafe posterior.

⁶ García-Chamón Cervera, Enrique. (Septiembre, 2017). El informe médico y su valor probatorio en la determinación de los daños y perjuicios tras la Ley 35/2015

5.2 EL MÉDICO FORENSE. LA POSIBILIDAD DE ACUDIR AL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL.

Su regulación se da en la LEC, haciéndose referencia en el art.299 a los distintos medios de prueba y, en concreto, en lo relativo a la prueba de peritos, que se desarrolla en los arts. 335 a 352. Nos hallamos ante un medio de prueba personal, donde el especialista emite un informe en base a los conocimientos especializados de la materia que posee y bajo un punto de vista objetivo e independiente.

La última reforma de la LRCSCVM a través de la Ley 35/2015, introduce la figura del médico forense en la fase pre-procesal, contemplándolo como una parte independiente del proceso, en el que puede participar mostrando su experiencia e imparcialidad en el ámbito pericial.

Como ya he referido con anterioridad, a la hora de solicitar la emisión de informe valorador al Instituto de Medicina Legal, se han de cumplir una serie de requisitos, ya citados, destacando, por su importancia, la aportación junto con la solicitud de la oferta motivada e informe médico definitivo de la aseguradora, siendo causa de inadmisión de la solicitud la no aportación de estos documentos, tal y como refiere la Ley.

En cuanto a los sujetos legitimados para solicitarlo, el art. 7.5 LRCSVM, refiere que podrán hacerlo las partes de común acuerdo, o bien el propio lesionado, aunque no tenga el acuerdo de la aseguradora, y siempre a costa de esta.

Por otro lado, quiero resaltar que la emisión de informe valorador por el médico forense no constituye un requisito sine qua non para la admisión de la reclamación posterior judicial, ya que es potestativo acudir a este órgano, destacando que sólo es posible incorporar este informe en la fase pre-procesal, en el entendido de que, si no hay acuerdo y se llega a la vía judicial, ninguna de las partes podrá solicitar informe al médico forense ya judicializado el asunto.

5.3 ESPECIAL REFERENCIA A LA PRECLUSIÓN O NO PARA LA ASEGURADORA DE APORTAR INFORME MÉDICO CON LA OFERTA MOTIVADA.

Me refiero en este punto a la posibilidad por parte de la aseguradora de aportación de prueba médica pericial, o anuncio de su aportación en el escrito de contestación a

la demanda, no habiéndose incluido en la Oferta Motivada; o solicitud de exploración del lesionado, no habiéndose solicitado está en la fase pre-procesal.

En cuanto a este tema, resulta preciso poner de manifiesto la falta de regulación respecto al momento de incorporarse estas pruebas, tanto en la LEC como en la LRCSCVM. En este sentido, la jurisprudencia es contradictoria, aunque existen multitud de Sentencias que precluyen el momento para incorporar prueba médico pericial por parte de la compañía aseguradora en la fase pre-procesal y no en el procedimiento judicial.

Esta tesis fue acogida por distintas Audiencias y destaca la Sentencia de la AP de Granada⁷ que es la primera que regula a nivel nacional este hecho en el FD 2º “fundamentaba la denegación en la improcedencia de tal proposición, al no haber hecho uso de la facultad de acudir a dictamen pericial previo a la respuesta u oferta motivada que le concede a la aseguradora el art. 7.2 de la LRCSCVM ; lo que, entiende la Juzgadora de instancia, le impide hacer valer en el procedimiento el medio pericial al que dejó de acudir en el trámite prejudicial de determinación del alcance de las lesiones discutidas. No obstante lo cual, por la apelante se mantiene la pertinencia de la prueba denegada, en razón al derecho a la tutela judicial efectiva que, en el presente caso, y al no venir expresamente vedado por el citado art. 7 el acceso a la pericial en el procedimiento, aún en caso de incumplimiento de los deberes del asegurador propios del trámite de reclamación previa, se considera ha de alcanzar al derecho de defensa, concretado en la plena disponibilidad de los medios probatorios reconocidos en la ley procesal. Con carácter previo, hemos de precisar que, como no se discute por la apelante, estamos ante el caso de aceptación de la culpa de la aseguradora, con limitación de la materia objeto de controversia a la determinación del alcance de las lesiones producidas a la actora. No discutiéndose tampoco, salvo inconcretas reticencias, la disponibilidad de la lesionada a ser reconocida por el personal médico al servicio de la aseguradora, según contestación dirigida a Allianz por parte de la Sra. Adriana, de fecha 6 de octubre de 2016, posterior al requerimiento cursado por aquélla a tales efectos, sin que exista constancia de nueva gestión o requerimiento por parte de la demandada.”.

⁷ Sentencia de la AP de Granada 110/2018, de 16 de Marzo.



Lo que se pretende es que en el momento de acudir a la vía judicial todas las partes implicadas en el proceso dispongan con anterioridad de todos los datos y no se reserven datos de los que tienen conocimiento, con el fin de cumplir con los fines que prevé la nueva norma. Esta tesis se reitera en la Sentencia de la AP de Granada, nº 244/2018, al ratificar la extemporaneidad de los informes periciales de la aseguradora y otros, delimitando el momento preclusivo para cumplir con los requisitos impuestos en el art.7.3 de la LRCSCVM en el momento pre-procesal, no siendo estos subsanables en la vía judicial.

En este sentido, teniendo también en cuenta la contradictoria jurisprudencia emanada de otras Audiencias Provinciales, es novedosa la unificación de criterios alcanzada en Granada, constatada en el Acta de reunión del Pleno de las Secciones Civiles de la Audiencia Provincial de Granada, de 27 de Junio de 2019, cuyo punto 2º del Orden del Día refería: “Unificación de criterios en el ámbito del artículo 7 de la LRCSCVM sobre la posibilidad de aportar informes médicos periciales o anunciar la aportación de los mismos, o solicitar la exploración de lesionados, en el escrito de contestación a la demanda, cuando no se incluyó en la oferta motivada dicho informe médico definitivo, o se hizo de forma incompleta, ni se solicitó

en la fase pre-procesal la exploración de lesionados.

Se aprueba por el voto favorable de los asistentes la propuesta de unificación de criterio anexa a la convocatoria del presente Pleno Sectorial, con las modificaciones que, por rectificación o añadido, conforman el texto definitivo que se incorpora a la presente acta.

PROPUESTA. CUESTIONES:

A) En los supuestos en que era necesario incluir el informe médico definitivo en la oferta motivada, y no se hizo, ¿puede la aseguradora aportarlo en el proceso posterior o precluye esa posibilidad en base a lo establecido en el artículo 247.2 de la LEC y a los principios que informan toda la reforma?

B) ¿Puede proponer la aseguradora, en estos mismos supuestos, anunciar la práctica de prueba pericial en su escrito de contestación a la demanda?

C) ¿Puede solicitar la aseguradora en su escrito de contestación a la demanda y en estos mismos supuestos, la exploración o examen médico del actor-lesionado?

Respuestas:

1) La facultad de la aseguradora de solicitar en el procedimiento la prueba pericial, que no se solicitó en el trámite prejudicial, provocaría un desequilibrio entre la posición de ambas partes, contrario al nivel recíproco de colaboración que contempla el artículo 37 de la LRCSCVM, lo que impide la posibilidad de admisión en el procedimiento de aquellos medios de defensa que la aseguradora omitió en el momento legalmente previsto al efecto, por lo que decae la alegación de indefensión por parte de la compañía.

2) El art. 7 de la LRCSCVM establece una serie de requisitos formales a cumplimentar “con carácter previo a la interposición de la demanda” (apartado 1, párrafo tercero), los cuales, como característica fundamental, responden al establecimiento de un trámite prejudicial, de obligada observancia tanto para el perjudicado como para la aseguradora, con el fin de concretar de forma contradictoria las respectivas posturas de las partes, y con los medios de comprobación que se contemplan a disposición de cada una de ellas, incluido el dictamen médico, previo examen del perjudicado. Y, todo ello, en orden a procurar la consecución de un posible acuerdo, mediante la correspondiente oferta motivada (apartado 2, párrafo primero); o, en su defecto, y a elección del perjudicado, dar pie al procedimiento de mediación previsto por el art. 14 del mismo texto legal, o a la vía jurisdiccional contenciosa.

3) Cualquier otra interpretación de la que hubiera de concluirse la facultad de la aseguradora de solicitar en el procedimiento la prueba pericial, que no solicitó en el trámite prejudicial, abocaría al retorno a la situación preexistente a la reforma operada por Ley 35/2015 de 22 de septiembre, en la que la valoración prejudicial del alcance de los daños quedaba supeditada al trámite facultativo del art. 38 de la LCS, provocando, además, un evidente desequilibrio entre las posiciones de ambas partes, contrario al deber recíproco de colaboración que contempla el art. 37 de la LRCSCVM, al permitirse a la aseguradora desvincularse del trámite de valoración previo, al tiempo que la cumplimentación del mismo se contempla para la víctima como requisito de procedibilidad, por su exigibilidad imperativa para la admisión a trámite de la demanda conforme al apartado 8 de su citado art. 7.

4) Nos encontramos ante el desplazamiento del trámite de valoración

y determinación del alcance de las consecuencias dañosas, el cual, conforme a la especialidad que en esta materia establece el repetido art. 7 de la LRCSCVM, se anticipa a la fase prejudicial, obligatoria y contradictoria que en el mismo se regula, de tal forma que no nos encontramos ante interpretación favorable a limitación alguna de medios de defensa, con tintes de sumariedad, en perjuicio de la aseguradora, sino ante las consecuencias de la pasividad de la compañía en la intervención en el trámite previo de conformación de los elementos de conocimiento que permiten a ambas partes, con todas las garantías, acudir al litigio en caso de ausencia de acuerdo o mediación”.

La omisión del informe médico definitivo en la oferta motivada abocará al perjudicado a la vía judicial, impidiéndole, de conformidad con lo establecido en el número 5 del artículo 7 de la LRCSCVM, pedir informes periciales complementarios, incluso al IML, la emisión por la aseguradora de una segunda oferta motivada y acudir, por último, al proceso de mediación (artículo 14 de la LRCSCVM).

En consecuencia, en todos los casos en los que conforme a lo establecido en la Guía de Buenas Prácticas es necesario incluir en la oferta motivada el informe médico definitivo, no se admitirá a la aseguradora aportar tales informes médicos en su escrito de contestación a la demanda, ni anunciar su presentación para un momento posterior, ni solicitar el reconocimiento médico del lesionado cuando no se solicitó en la fase prejudicial, pudiendo hacerlo.

La Ley habla de un informe médico definitivo, y además, que ese informe sea ajustado a las reglas del sistema, y por informe médico definitivo podría entenderse aquél que se ajuste a lo previsto en el Real Decreto 1148/2015, de 18 de diciembre, por el que se regula la realización de pericias a solicitud de particulares por los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en las reclamaciones extrajudiciales por hechos relativos a la circulación de vehículos a motor, cuyo artículo dispone que:

“ 1. El informe se ajustará a las reglas y sistema recogido en el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

2. Dicho informe contendrá como mínimo:

a) La identificación de la víctima lesionada, la entidad aseguradora y el perito o los peritos del IMLCF responsables ;

b) La información relevante del accidente;

c) La información médica de la víctima lesionada en la que se basa el informe, con indicación precisa, en su caso, de las fuentes, documentos y pruebas realizadas.

d) La determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales con todos sus perjuicios indemnizables que requieran valoración médica, de acuerdo con la solicitud realizada.

e) Lugar, fecha y hora de la exploración”.

5) No puede, tampoco, la aseguradora, anunciar en el escrito de contestación a la demanda la aportación posterior de un dictamen pericial médico, cuando pudo haberlo hecho en la fase prejudicial.

En cualquier caso, debe entenderse aplicable la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo número 872/2010, de 27 de diciembre, ponente D. Juan Antonio Xiol Ríos, que señala en su Fundamento Jurídico Tercero:

“Tercero. - Aportación de los dictámenes periciales elaborados por los peritos designados por las partes en momento posterior a presentación de la demanda y de la contestación. Esta previsión ha de integrarse con las disposiciones del artículo 336.3 y 4 lec, que exigen justificar cumplidamente la imposibilidad de la presentación de tales dictámenes con la demanda o con la contestación”.

6) No es posible solicitar en la contestación a la demanda el examen médico del lesionado cuando no se haya realizado dicho examen, pudiendo hacerlo, en la fase previa prejudicial.

El artículo 37 de la LRCSCVM establece la obligación de todo lesionado de prestar la colaboración necesaria para que los servicios médicos designados por cuenta del eventual responsable lo reconozcan y sigan el curso

evolutivo de sus lesiones.

10) Se aceptan los argumentos recogidos en las sentencias dictadas por las Secciones 5ª (16 de Marzo de 2018) y 4ª (sentencias de fechas 14 de Septiembre de 2018, 19 de Octubre de 2018 y 26 de Abril de 2019) de esta Audiencia Provincial de Granada.

11) Todo lo anterior debe entenderse sin perjuicio de que, ante un cambio de circunstancias y/o aparición de hechos nuevos, pueda la aseguradora aportar dictamen pericial en la contestación a la demanda o anunciar su aportación posterior”.

VI.- EL TRAUMATISMO MENOR DE COLUMNA.

6.1 INTRODUCCIÓN.

Los traumatismos menores de columna derivan de lesiones como consecuencia, normalmente, de colisiones de baja intensidad, con escasos daños materiales en los vehículos intervinientes y que se han incrementado en los últimos tiempos. A esta cuestión se refieren distintas Sentencias de A. P., como la de la AP de Málaga⁸, “con una velocidad igual o inferior a 16 km./h (10 millas/h.), debiendo recordarse que en la perspectiva médica y accidentológica está comprobado científicamente su potencial lesivo, y así, verbigracia, en una monografía de René Caillet, dedicada al dolor cervical, y que correspondía a una edición española (Barcelona, 1988), ya se hacía comprender que accidentes aparentemente inofensivos pueden tener consecuencias nada desdeñables para los ocupantes de automóviles.” O de la AP de Pontevedra⁹“...en general, las colisiones de muy escasa entidad, no violentas, sin potencial agresivo, producidas a escasísima velocidad, no generan desplazamientos de intensidad bastante como para provocar movimientos violentos en el cuello y, en consecuencia, lesiones en zona cervical.

Por ello, en este tipo de colisiones decididamente livianas es exigible una prueba rigurosa de la vinculación causa-efecto, indubitada y convincente, seriamente contrastada, de que la dinámica y entidad del accidente tiene potencialidad suficiente para originar aquellas lesiones, pues en muchas de ellas la relación causal no se entiende desde la experiencia común, de modo que no resulta explicable que donde no hay un encuentro

⁸ Sentencia de la AP de Málaga 408/2016, de 18 de Julio.

⁹ Sentencia de la AP de Pontevedra 538/2017, de 21 de Noviembre

de vehículos de una mínima violencia, sin contundencia relevante, pueda, no obstante, producirse un movimiento brusco determinante de un esguince cervical; esto es, que es preciso que quede acreditado un presupuesto fáctico consistente en impacto de entidad suficiente como para generar una transmisión de energía bastante generadora de un movimiento de flexo extensión de violencia o contundencia capaz de producir lesiones en la zona cervical”.

Por primera vez, como indica el presidente de la asociación de Abogados de Víctimas de Accidentes de Tráfico, (ADEVI), TEMBOURY MORENO¹⁰ y GALLARDO SAN SALVADOR¹¹ se regula por ley el traumatismo menor de columna en el art.135 de la LRCSVM, constituyendo un hecho inédito que un precepto legal entre a mencionar temas médicos, entendiendo que la principal causa de este artículo reside, parece ser, en el incremento de las reclamaciones por esguince cervical a las compañías aseguradoras, con el fin de aminorar las reclamaciones de indemnización por lesiones fraudulentas.

Para su valoración es necesario un informe concluyente, pero no hay definición legal del mismo, por lo que, remitiéndonos al art.11 del RD 1148/2015, podemos deducir que se refiere aquel informe que contempla y mide las secuelas y lesiones temporales TORRES VELA¹² lo define el informe médico concluyente como “aquel informe científicamente fundado, que refleja de forma especialmente proactiva la concurrencia de todos los criterios de causalidad,...”, por ello no podrá consistir en los meros datos exploratorios, ni solamente en pruebas de imagen.”

Sin embargo, pese a esta novedad, las distintas Audiencias Provinciales vienen aplicando distintos criterios, como podemos observar en la sentencia de la AP de Málaga¹³ nº 672/19, que refiere en el FD 2º “El régimen de la oferta motivada que establece el art. 7º de la LRCSVM extrae esa obligación formal de la aseguradora del ámbito de la autonomía

de la voluntad, erigiendo su incumplimiento, ya desde la reforma introducida por la Ley 21/2007, en infracción administrativa sancionable y, a efectos indemnizatorios, comporta desde entonces que se devenguen intereses de demora conforme a lo previsto en el art. 9 del propio texto legal, lo que responde a la obligación legalmente exigible, establecida en el mismo artículo, de que el asegurador observe desde el momento en que conozca por cualquier medio la existencia del siniestro una conducta diligente en la cuantificación del daño y la liquidación de la indemnización; obligación que halla su correspondencia en que incumbe al perjudicado, conforme a lo establecido en el art. 37.2 después de la reforma introducida por la Ley 35/2015, ofrecer la colaboración necesaria para que los servicios médicos designados por el eventual responsable lo reconozcan y sigan el curso evolutivo de sus lesiones, de manera que se establecen deberes recíprocos de colaboración, fundamentalmente para la elaboración de los informes médicos que debe proporcionar la aseguradora en el plazo de formulación de la oferta o respuesta motivada, recalcando dicho artículo que carecerá de validez la oferta motivada que no adjunte dicho informe, salvo que éste se hubiera entregado con anterioridad. “. Esto es la norma contempla las consecuencias que para la Aseguradora conlleva el no cumplimiento de lo preceptuado en ella, pero no impide que con posterioridad haga uso de los medios de prueba que la Ley le confiere en apoyo de sus pretensiones, entre los que se encuentra evidentemente la prueba pericial.”

6.2 CRITERIOS DE CAUSALIDAD GENÉRICA.

Continuando con el art. 135, en él se establecen unos criterios en orden a valorar la existencia de traumatismos menores de columna, (aquellos que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor, y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias), para su indemnización por parte de las compañías aseguradoras, determinando que es su concurrencia o ausencia la que permite deducir si existe o no nexo causal. Son los siguientes:

6.2.1 DE EXCLUSIÓN.

No ha de existir otra causa que concurra a la lesión. Así se indica en la Sentencia de la

10 Tembory Moreno, Manuel. El informe médico concluyente en el contexto del artículo 135 de la LRCSVM. Análisis de la sentencia nº 397/2018 de 16 de Junio de 2018.

11 Gallardo San Salvador, Norberto (52/2016). El informe médico concluyente. Publicado en la revista 50 de la asociación española de abogados especializados en responsabilidad civil y seguros. https://www.asociacionabogadosrcs.org/doctrina/Elinformemedicoconcluyente_NorbertoGallardo_RC57.pdf

12 Torres Vela, Manuel. (Junio de 2019). Las diferentes definiciones del informe médico según la ley 35/15, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, definitivo, concluyente, pericial y ajustado a las reglas del sistema. VI Congreso Nacional de abogados de víctimas. Adevi, Málaga..

13 Sentencia de la AP de Málaga 672/2019, de 4 de Diciembre



AP de Asturias¹⁴ “El ingreso en el servicio de rehabilitación a que se refiere el hospital de Cabueñes lleva fecha de agosto, el informe de 31 de julio de 2014 (folio 90) describe también una observación normal de la columna cervical y los mareos, cefaleas y demás que se narran en el de 9 de julio no corresponden a la derivada del accidente, sino en todo caso a sus antecedentes previos” y la nº 301/2014¹⁵ “...han quedado acreditadas dos circunstancias que, aunque insuficientes para excluir la relación de causalidad entre el accidente y las lesiones sufridas por la demandante, sí son relevantes en orden a valorar el alcance de esas lesiones: por un lado, el accidente consistió en una colisión de mínima intensidad, en la modalidad de alcance, como lo demuestran los escasos daños que tuvieron ambos turismos, cuya reparación no alcanzó en ninguno de los casos los 300€. Por otro, que la actora presentaba importantes patologías degenerativas en los espacios discales cervicales y lumbares, si bien no consta que antes del siniestro hubiera tenido dolencias por esta causa.” La SAP de Murcia, Sección 5ª, núm. 96/2014 de 30 mayo, pone de relieve como la no existencia de lesiones previas pueden dar veracidad a las lesiones que dice padecer el perjudicado, “Y, si este tribunal, en supuestos similares al que nos ocupa, ha señalado que la experiencia enseña que no siempre existe proporción entre daños materiales y corporales, resulta que, no encontrándose base alguna para sospechar siquiera que el demandante hubiera podido sufrir otro accidente de circulación que

podiera haber dado lugar a lesiones como por las que reclama y que esta reclamación fuera un intento de fraude”

6.2.2 CRONOLÓGICO.

Que la sintomatología tenga relación con la lesión inicial y se muestren los signos dentro de las primeras 72 horas, tras la producción del accidente. Así se reitera en la sentencias de la AP de Asturias¹⁶ “la levedad del accidente no impide demostrar la realidad de las lesiones cuya prueba y vinculación causal incumbe al demandante. Pero hay otros datos que avalan la tesis del demandado. En primer lugar la ruptura que se produce por el hecho de que no acudiese hasta 6 días después de ocurrido el siniestro a un centro médico para ser asistida, lo que explica y cree razonable la sentencia a la vista de que en principio sintió la lesionada un mínimo dolor que se automedicó con ibuprofeno y al ver que no mejoraba acudió al médico, lo que implica que ha transcurrido un cierto margen de tiempo entre el accidente y las lesiones cervicales que dificultan su encaje causal, especialmente debido a un hecho que pone de relieve tanto su informe de valoración, como otros datos médicos, concretamente el informe del hospital de Cabueñes que obra al folio 125 de las actuaciones, revelador de la existencia de una patología cervical previa de origen degenerativo”; de la AP de León¹⁷ “En estos supuestos de golpes de escasa

¹⁴ Sentencia de la AP de Asturias 134/2015, de 17 de Abril.

¹⁵ Sentencia de la AP de Asturias 301/2014, de 3 de Diciembre.

¹⁶ Sentencia de la AP de Asturias 134/2015, de 17 de Abril.

¹⁷ Sentencia de la AP de León 408/2016, de 27 de Diciembre.

entidad se debe dar importancia a una pronta atención médica y a un tratamiento médico continuado y razonable posterior a la lesión. En este caso, la referencia médica y su prueba ha sido completamente justificada, conectando las lesiones al origen traumático derivado del accidente de circulación, sin que la entidad aseguradora demandada haya logrado justificar con sus informes que el nexo causal es inexistente”.

6.2.3 TOPOLÓGICO.

Tiene que haber una relación entre la zona afectada del cuerpo debido al siniestro y la lesión.

6.2.4 DE INTENSIDAD.

Consistente en que ha de adecuarse la lesión padecida con la dinámica del accidente, teniendo en consideración la intensidad del siniestro y el resto de variables que han influido en el mismo, siendo habitual ya por las distintas aseguradoras inadmitir estas lesiones como consecuencia de un golpe menor, intentando acreditar en multitud de ocasiones, que el siniestro, por su escasa entidad, no ha podido producir lesiones, o estas han tenido que ser mínimas, utilizando para ello informes biomecánicos que contemplan fórmulas matemáticas para esgrimir la responsabilidad ante la poca intensidad de la colisión y consecuencia de ello romper el nexo de causalidad. Así el Auto de la AP de Barcelona¹⁸ “...no obstante la escasa entidad de los daños, el movimiento corporal repentino que determinaría la flexión o extensión excesiva de la columna puede compadecerse con las lesiones que se reclaman”; Sentencia de la AP de Cáceres¹⁹ “La entidad de la lesión que puede producir un “latigazo cervical” no sólo se encuentra en función de la intensidad de la colisión, sino también de la situación de la propia víctima, es decir, de su constitución física, altura, peso, edad, colocación o posición en el vehículo o, incluso, de la postura que adoptara en el habitáculo en el momento del impacto; de tal modo que una colisión por alcance de baja intensidad puede determinar un resultado lesivo de mayor alcance, sin que esta circunstancia implique una situación de desproporción entre el siniestro y el resultado”

6.3 ESPECIAL REFERENCIA AL INFORME MÉDICO CONCLUYENTE.

Dispone el art.135 en su punto 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.”

Es decir, para indemnizar cualquier secuela derivada de un traumatismo cervical menor, es preciso acreditarla a través de este informe concluyente, pero no hay definición legal del mismo, por lo que, remitiéndonos al art.11 del RD 1148/2015, podemos deducir que se refiere aquel informe que contempla y mide las secuelas y lesiones temporales TORRES VELA²⁰ lo define el informe médico concluyente como “aquel informe científicamente fundado, que refleja de forma especialmente proactiva la concurrencia de todos los criterios de causalidad,..., por ello no podrá consistir en los meros datos exploratorios, ni solamente en pruebas de imagen.”

Jurisprudencialmente hablando, la Sentencia de la AP de Murcia²¹ cuyo Ponente fue Miguel Ángel Larrosa Amante, define magistralmente lo que debe entenderse por prueba concluyente, y, por ende, por informe médico concluyente, estableciendo en su F.D. 3º: “Tercero.- : Informe médico concluyente. Secuela de cervicalgia.

3.1.- Señalada la aplicación del artículo 135 LRCS a este concreto accidente, resta determinar si ha existido la prueba concluyente exigida en el artículo 135.2 para apreciar esta secuela, lo que nos lleva a analizar qué debe entenderse por “prueba concluyente” en lo que parece una contradicción con la propia definición de traumatismo cervical menor contenida en el apartado 1 del mismo artículo cuando señala que “... no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias...”, sin que el texto legal contenga una definición concreta de qué es lo que se quiere decir en este apartado 2 del artículo 135 LRCS. En primer lugar, es preciso señalar que, como criterio general, la nueva redacción del baremo de tráfico operada por la Ley 35/2015 fija el principio general de la necesidad de informe médico para acreditar tanto las secuelas como las lesiones temporales, tal como se establece en el artículo 37.1 LRCS y se reitera en otros artículos a lo largo del texto legal como el 113.6; 115.1; 116.2 y 117.2. Por tanto, el artículo 135.2 LRCS viene a reiterar lo que es exigido con carácter general, que toda indemnización se fije en atención al informe médico correspondiente, pero distorsiona tal generalidad al incorporar el adjetivo “concluyente” como calificativo del informe médico que permita la indemnización de secuelas por traumatismos menores de la columna cervical, introduciendo una duda interpretativa sobre su alcance y contenido.

18 Auto de la AP de Barcelona 375/2016, de 21 de Noviembre.

19 Sentencia de la AP de Cáceres 202/2017, de 12 de Abril.

20 Torres Vela, Manuel. Las diferentes definiciones del informe médico según la ley 35/15.

21 Sentencia de la AP de Murcia 336/2018, de 15 de Octubre.

3.2.- *En segundo lugar, también es preciso dejar claro, dado el sistema de la prueba establecido en la Ley de Enjuiciamiento Civil, que este informe médico no puede equipararse siempre a un dictamen pericial, tal como se apunta en la SAP Vizcaya (4ª) de 19 de marzo de 2018. La Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículo de Motor sólo habla de la necesidad de la aportación de un informe médico y nunca exige la aportación de un dictamen pericial en los términos previstos en el artículo 335.2 LEC, sin perjuicio de que cuando no conste este juramento o promesa el informe médico se considerará como un documento privado y su ratificación se llevará a cabo en la condición de testigo- perito de su autor, sin que ello suponga merma alguna en la fuerza probatoria de dicho informe médico.*

3.3.- *En tercer lugar, es preciso afirmar que, a juicio de este tribunal, la calificación del informe médico como concluyente que se contiene en el artículo 135.2 LRCS, es absolutamente innecesaria y perturbadora para el recto entendimiento del sistema de indemnización de daños personales derivados de un accidente de tráfico. Si acudimos a la definición que de este adjetivo se contiene en el diccionario de la Real Academia de la Lengua, concluyente tiene dos acepciones: “que concluye” y “resolutorio, irrefutable”. Probablemente sería esta última acepción la que estuviese en la mente del legislador a la hora de redactar el texto legal, sin perjuicio de la concurrencia de otras circunstancias derivadas del origen pactado del baremo entre los sectores implicados en este tipo de siniestros, pero en todo caso es difícil que no pueda predicarse la misma calificación para cualquier otro tipo de informe médico que pretenda acreditar las secuelas, las lesiones temporales o las necesidades futuras derivadas del estado del lesionado. Por eso es innecesaria dicha precisión en el artículo 135.2 LRCS, y más cuando en el propio artículo se definen, como ya se ha señalado, los traumatismos menores de la columna vertebral como una lesión temporal de carácter subjetivo (“manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor”) y no objetivizable (“no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias”). Sin duda alguna, los mismos calificativos deben darse tanto a las lesiones temporales como a las secuelas que puedan derivarse de estos traumatismos menores de la columna vertebral.*

3.4.- *Pero además de innecesario, dicha precisión legal distorsiona en parte el sistema, pues parece exigir un informe diferente para las secuelas derivadas de traumatismos menores*

cervicales que para el resto de las secuelas reflejadas en el baremo médico, lo que en modo alguno es aceptable en un sistema que se pretende unitario. La necesidad de probar una secuela siempre precisará un informe médico que contenga conclusiones (“que concluya” según el diccionario) o que sea irrefutable o resolutorio. En este tipo de traumatismo el informe médico, como en el resto de las lesiones y secuelas, lo que debe ser es convincente para el juzgador, de manera que éste quede convencido de la realidad de la secuela o lesión temporal que se le reclama en el proceso.”

VII.- BUENAS PRÁCTICAS.

La instauración de la guía de buenas prácticas para la aplicación del baremo de autos se ha introducido en nuestro sistema con el fin de alcanzar una regulación óptima en el ámbito legal, potenciando su eficacia y eficiencia, siendo su principal finalidad la intervención activa de todos los sectores implicados que tengan interés en el asunto para garantizar la participación de los ciudadanos y establecer unos objetivos, fines, instrumentos y procedimientos legales máximos, para un seguimiento, evaluación, consulta e implementación del impacto de la norma y su aplicación en la sociedad.

Se constituyó como instrumento para solventar las dudas derivadas de la aplicación de la Ley 35/2015, intentando interpretar extremos controvertidos.

Siguiendo a uno de los integrantes de la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración, LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA²²: “No tienen por objeto sustituir la tarea interpretativa de los tribunales en la aplicación del Derecho, sino servir de herramienta a los operadores jurídicos para fomentar la colaboración, buena fe y la transparencia generalizadas en la aplicación de la normativa” y MARTÍN CASALS²³ “Ese carácter mixto de la Comisión, compuesta, pues, por miembros con representación de intereses y por miembros independientes, ha permitido que la Propuesta no se limite a ser un

²² López y García de la Serrana, Javier (2018, 24 de Mayo) Las comisiones de seguimiento de las normas ¿Otra forma de legislar?. Publicado en la Revista Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguros, Nº 65. Recuperado: <https://www.hispacolex.com/biblioteca/articulos-doctrinales/las-comisiones-de-seguimiento-de-las-normas-otra-forma-de-legislar/>

²³ Martín Casals, Miquel (2014) Sobre la Propuesta del nuevo “Sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en los accidentes de circulación”: exposición general y crítica. Publicado en la Revista Aso-

simple informe, con recomendaciones técnicas para un legislador futuro y eventual, sino que sea un borrador de anteproyecto de ley con un texto articulado completo, unas Tablas para su aplicación y unas Bases Técnicas que dan razón de los criterios utilizados para dar traslado de las previsiones normativas del texto a las cuantías que se expresan en las Tablas. La composición de la Comisión también ha permitido que el resultado de los trabajos sea fruto de un consenso que, aunque ha costado Dios y ayuda alcanzar, tal vez por ello tiene una más base sólida. En todo caso, creo que el intento al menos tiene el enorme mérito de que, por primera vez, se ha hecho un trabajo con luz y taquígrafos y con las Asociaciones de Víctimas y UNESPA sentadas a la misma mesa y dialogando.”.

Todo ello implica que las sugerencias emitidas por la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración no son vinculantes, no tienen rango legal, pero estas son fruto de la unión de especialistas en cada sector con el fin de facilitar la tarea a los juzgados y tribunales en la práctica jurídica para la aplicación de la ley 35/2015.

En la ley 35/2015 se refiere a dicha Comisión en la DA 1ª al establecer la creación de una Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración con el fin de aportar soluciones que se dan en la práctica judicial, para ello emite respuestas a las consultas realizadas y distintas sugerencias que consideran oportunas. Además, implanta la obligación para esta comisión de emitir un informe razonado en el plazo máximo de tres años desde la entrada en vigor de la norma, aportando mejoras que pueden darse y un análisis de las cuestiones más relevantes que se han dado en el ámbito jurídico.

Incluso hay tribunales que ya se refieren a los informes remitidos de las mismas como la Sentencia de la AP de Vizcaya²⁴ en el FD 5º nº 34 y 38 “Los datos facilitados por los perjudicados son reiterados y suficientes. Como recuerda el Código de Buenas Prácticas publicado en marzo de 2018 por el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, en el capítulo jurídico 2.1 (página 3), es válida la reclamación extrajudicial

no cuantificada, en tanto “de acuerdo con el art. 7.1 LRCSCVM no corresponde al perjudicado llevar a cabo la cuantificación de su reclamación, la buena práctica exige admitir la reclamación extrajudicial previa que no contenga la cuantificación de la indemnización que se solicita, incluso en el caso de que el reclamante disponga de todos los elementos para poder calcularla y cuantificarla”; En tal sentido puede citarse también el Código de Buenas Prácticas publicado en marzo de 2018 por el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, en este caso en el capítulo 2.2.2 (página 4), que dice en 2.2.2-1 “La buena práctica exige que la oferta motivada prevista en el art. 7.2 y 3 LRCSCVM contenga de forma estructurada y desglosada los distintos conceptos que se indemnizan y sus correspondientes importes, de forma que el perjudicado pueda conocer con claridad el importe total de la indemnización ofrecida y el desglose de los importes parciales que componen dicha indemnización”. Además en 2.2.2.-2. b) añade “Respecto a las lesiones temporales, que consten, en su caso, los grados del perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida previstos en el art. 138 LRCSCVM” En ambos casos se refiere a las buenas prácticas en relación con el cumplimiento de los requisitos de la oferta motivada y su posterior exoneración en el pago de intereses que regula el art.20 de la LCS en caso de cumplir con los requisitos previstos legalmente, además de excluir la necesidad de que concurra una reclamación cuantificada por parte del lesionado hacia la compañía aseguradora.

Las principales recomendaciones en base a las buenas prácticas se dan en relación con la oferta motivada, ya citada, realizándose un estudio de la misma, incluyendo aclaraciones respecto al informe definitivo y el deber de colaboración, dilucidando los casos en los que es indispensable el informe médico o no, estableciendo, por ej., la obligación de aportación del informe médico definitivo en los casos en que no se realice por parte de la compañía aseguradora una oferta de indemnización dirigida al lesionado en relación a lesiones temporales o reclamación de secuelas que deriven de un traumatismo menor.

VIII.- CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 7.

En cuanto al incumplimiento de la obligación del perjudicado de realizar Reclamación Previa

ciación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguros, Nº 50. Recuperado <http://www.asociacionabogadosrcs.org/doctrina/Sobre%20la%20Propuesta%20del%20nuevo%20-%20MIQUEL%20MARTIN%20CASALS%20-%20REVISTA%2050.pdf>

24 Sentencia de la AP de Vizcaya 165/2018, de 19 de Marzo



de Indemnización a la aseguradora: Constituye requisito de procedibilidad, de tal modo que la falta de acreditación de haberla realizado supondría la inadmisión de la demanda. Le cerraría el acceso a la vía judicial

En cuanto al incumplimiento de la obligación de la aseguradora de contestar a la Reclamación Previa con una Oferta Motivada: Tal y como señala el art. 7.4, sólo podría desatender esa obligación si presentase una Respuesta Motivada, que debe estar debidamente justificada, no contemplándose como tal una contestación denegando la aportación de oferta genérica, sin indicar los motivos que le impiden realizar oferta, debiendo cumplir los requisitos que contempla este artículo, en el sentido de incluir, -en caso de que el motivo de realizarla sea la imposibilidad

de cuantificar la indemnización por no existir aún alta laboral-, los pagos que se hayan hecho, a cuenta de la indemnización que corresponda, el compromiso de presentar oferta en cuanto se sepa el alcance de las lesiones y secuelas y, además, que el hecho de aceptar estos pagos no implica renuncia de derechos a la hora de una futura reclamación.

En caso de incumplimiento de presentación de Oferta Motivada por la aseguradora, su régimen sancionador se regula en el art. 9 del RDL 8/2004, imponiéndole intereses moratorios.

Este incumplimiento de presentación de Oferta Motivada por la aseguradora también conlleva una importante consecuencia para el lesionado, toda vez que, si no dispone de esta junto con el Informe Médico Definitivo, no podrá solicitar valoración del Médico Forense.

IX.- CONCLUSIONES.

Las distintas modificaciones llevadas a cabo desde la entrada en vigor del RDL 8/2004, entre otros extremos, han tenido como finalidad intentar evitar la litigiosidad entre las partes y agotar los mecanismos legales previstos a través de un procedimiento extrajudicial de resolución de conflictos, para una pronta y rápida liquidación del accidente, terminando por imponerse, en la última modificación llevada a cabo a través de la Ley 35/2015, a la hora de reclamar daños y perjuicios derivados de un accidente de circulación, una serie de requisitos de obligado cumplimiento con anterioridad de acudir a la vía judicial, incluyendo obligaciones para las partes, como son:

- La interposición por el lesionado de una reclamación previa a la compañía aseguradora, (se encontraba contemplada con anterioridad en la Ley, siendo su utilización potestativa), que se convierte así en una ineludible obligación para el lesionado en orden a obtener la indemnización derivada del siniestro.

- Correlativamente, se impone a la aseguradora de RC del vehículo responsable del siniestro la obligación de contestar a esta reclamación previa a través de una Oferta/Respuesta Motivada, estableciéndose igualmente en la Ley unos requisitos mínimos en cuanto a plazos, documentación acompañada, etc., debiendo incluir los documentos e informes médicos en los que se base, junto con el Informe Médico Definitivo elaborado por su médico, (salvo en algunos casos en que no resulta preceptivo, contemplados en la Guía de Buenas Prácticas).

Este Informe Médico Definitivo no tiene que ser un Informe Pericial, sino un informe que permita la valoración de las lesiones y secuelas, debiendo describir las lesiones sufridas, tratamiento seguido durante la convalecencia y su estado tras la curación o estabilización.

Para el caso de que la aseguradora entienda que el vehículo que asegura no es responsable del siniestro, o que no pueda cuantificar el importe relativo a las lesiones, en el plazo de tres meses, se le permite comunicar este hecho a través de la remisión de una Respuesta Motivada, debiendo, en el segundo caso, realizar pagos a cuenta en el supuesto de que la convalecencia se alargue en el tiempo, hasta el momento de estabilización lesional.

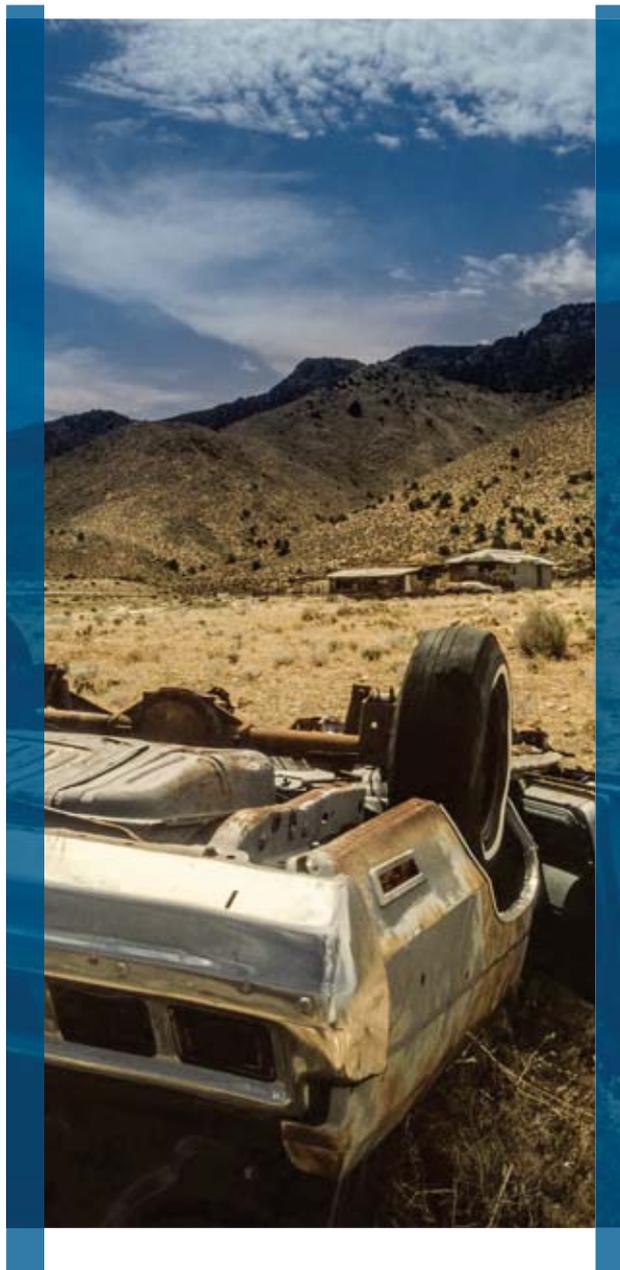
Se le impone también la obligación de abonar al lesionado el importe ofrecido dentro de los cinco días siguientes a la comunicación de aceptación/rechazo de la indemnización ofrecida por el reclamante, a través de pago directo, o consignación en su caso, estableciendo la imposición de intereses en caso contrario.

Para el caso de disconformidad con la Oferta remitida, el lesionado puede acudir al mecanismo de la mediación o solicitar informes periciales complementarios, bien de parte a su costa, o bien a través del Instituto de Medicina Legal, a costa de la aseguradora, debiendo emitir la aseguradora, en este caso, nueva Oferta Motivada en el plazo de un mes desde que reciba el Informe Médico del Forense.

El hecho de no cumplirse estos requisitos por la aseguradora acarrearía consecuencias para ambas partes:

Por un lado, el lesionado no podría obtener valoración del Instituto de Medicina legal, (vía contemplada en la Ley en caso de desacuerdo entre las partes en esta fase, a cargo de la aseguradora). Se le cerraría esta vía, toda vez que vería rechazada su solicitud de valoración en caso de no incluirse el Informe Médico Definitivo.

Por otro lado, en el caso de no aportación del Informe Médico Definitivo junto con la Oferta Motivada, precluiría para la aseguradora la posibilidad de solicitar valoración del lesionado en un momento posterior, (normalmente en la contestación a la demanda), o de aportación en ese momento de Informe Médico Pericial que no se facilitó en la fase prejudicial, o el anuncio de aportación de Informe Médico Pericial, o la solicitud de Pericial Médica Judicial cuando no se aportó en fase extrajudicial, toda vez que, en caso contrario, se vaciaría de contenido el procedimiento extrajudicial de resolución del conflicto emanado de la Ley 35/2015. No obstante, en este sentido, es importante tener



en cuenta, como ya he explicado *ut supra*, que la jurisprudencia viene siendo contradictoria, aceptándose, en muchos casos, dependiendo de las distintas Audiencias Provinciales, la práctica de estas pruebas, solicitadas o presentadas tras no haberlo hecho por la aseguradora en la fase extrajudicial.

Por último, no se regulan en la Ley las consecuencias derivadas para la aseguradora por el hecho de no contestar en plazo a la reclamación previa, salvo la imposición de intereses y dejar la vía judicial abierta al lesionado, lo cual, a mi juicio, entiendo que debe solventarse, en aras a proteger al lesionado, que es la parte débil en este caso. Por lo que entiendo, se nota el peso de la defensa de los intereses de las aseguradoras, parte integrante

a la hora de elaborar la reforma.

- Las obligaciones recíprocas de colaboración entre las partes, debiendo colaborar activamente el lesionado con la aseguradora, permaneciendo en contacto con los médicos de la aseguradora y debiendo esta emitir Oferta Motivada en cuanto le sea posible, constituyendo obstrucción del procedimiento toda acción contraria a este deber de colaboración.

En caso de que no exista en esta fase el acuerdo entre las partes, se puede recurrir a la vía judicial, lo que, bajo mi punto de vista, va en contra de los principios inspiradores de la reforma, toda vez que provoca un mayor gasto para el perjudicado, que no puede ya acudir como antaño a la vía penal, a través del desaparecido Juicio de Faltas, debido a su despenalización en 2015, imponiéndosele la carga de pechar con los gastos derivados de un procedimiento civil, para el cual ha de contar, inexorablemente, con la ayuda de profesionales, (abogado, procurador de los tribunales y perito, en su caso), convirtiéndose en un sistema, no más ágil y rápido como se pretendía, sino más complejo, además de desigual, sobre todo para la persona más necesitada de protección, el lesionado.

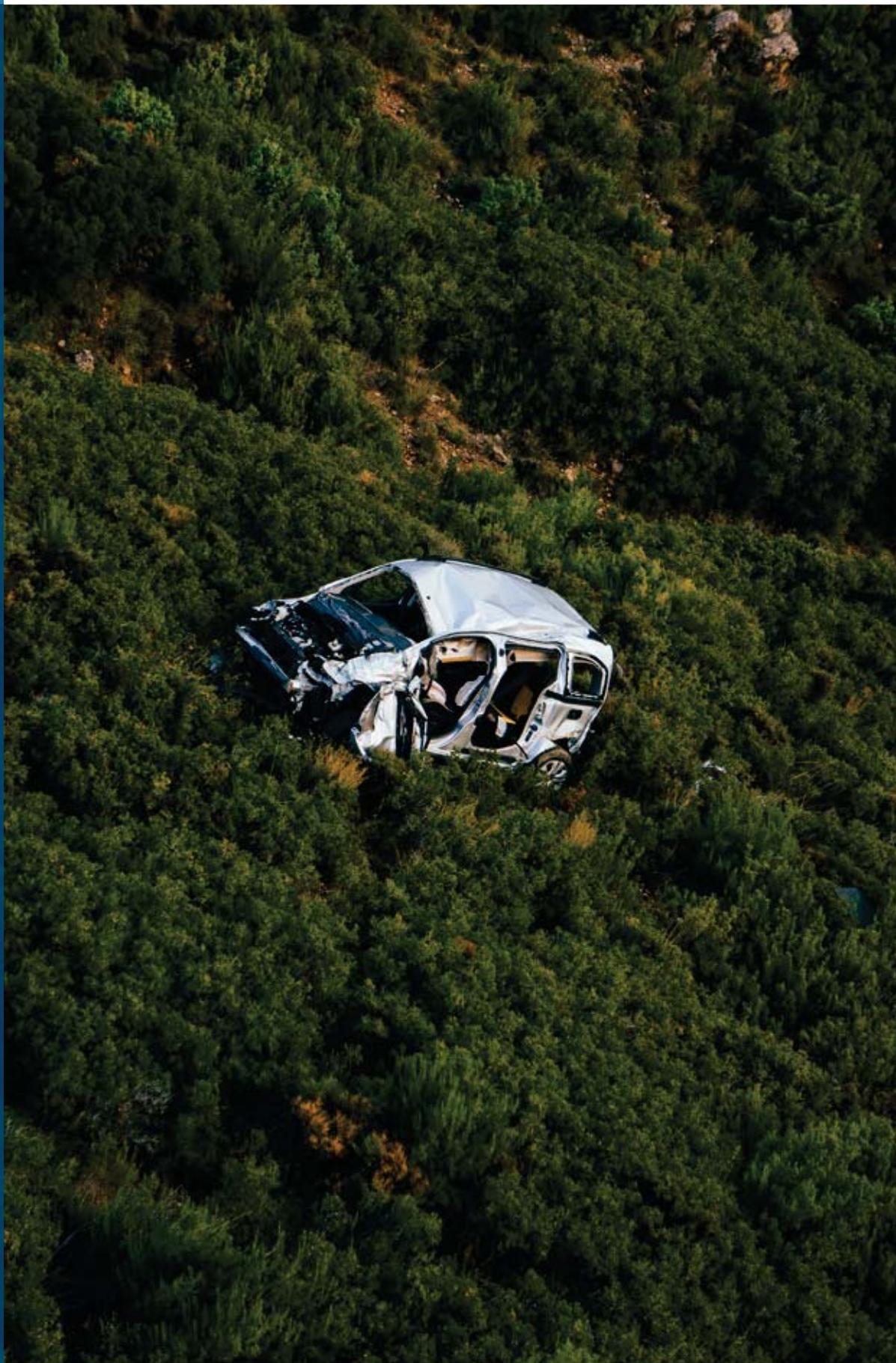
Otra importante modificación que ha traído la reforma es la regulación, por primera vez en esta Ley, del traumatismo menor de columna, lo que hace que me pregunte, en mi ignorancia ¿Cómo una Ley puede entrar a regular temas médicos? Creo que esto no se había dado nunca en ninguna Ley. Entiendo que, de la misma manera que un médico no es quien para pronunciarse acerca de temas jurídicos, *a sensu contrario* ¿Quién es el legislador para regular cuestiones médicas? Yo no lo entiendo, ni me parece bien el hecho de que la Ley entre en temas médicos. Dicho sea, repito, dentro de mi ignorancia.

Ahora bien, este hecho se justifica en la Ley como una necesidad, ante el incremento de lesiones de este tipo que devienen de los accidentes de tráfico de baja intensidad y/o escasos daños materiales, en los que resulta difícil probar la correlación entre los daños acaecidos en los vehículos y las lesiones derivadas del mismo en los ocupantes, normalmente a través de patologías de dolor, subjetivas, con la dificultad probatoria que ello acarrea, médicamente hablando, debiendo analizarse las distintas circunstancias que han coexistido y como se acredita el daño. Lo cierto es que la jurisprudencia mayoritaria viene pronunciándose acerca de que, de un accidente se pueden derivar lesiones y secuelas, con independencia de los daños materiales en los vehículos, naturalmente

hasta cierto punto, siendo necesario, según se recoge en la Ley, un Informe Concluyente que se pronuncie acerca de estos extremos, terminando la jurisprudencia por perfilar qué se entiende por Informe Concluyente, que no es otro que el conjunto de los diferentes informes relativos al lesionado, donde los diferentes profesionales médicos, cada uno experto en su materia, (traumatólogo, rehabilitador, etc.), apoyándose en sus exploraciones al lesionado y en las pruebas médicas que hayan entendido oportuno realizarle, puedan perfilar y objetivar las patologías que haya presentado el lesionado, hasta su estabilización lesional.

Para finalizar, quiero hacer referencia a la Guía de Buenas Prácticas y su implicación por parte del Ministerio, en orden a ayudar a una mejor aplicación de la Ley, adecuándola a la realidad, a través de reuniones periódicas del Comité de Expertos que, ante las dudas y problemas que se van dando en la aplicación de la Ley, expresan su opinión al respecto, respondiendo a cada uno de los asuntos que se van planteando, en el entendido de que sus opiniones, aunque no sean vinculantes, constituyen “buena práctica”, teniéndose en consideración por todos los sectores intervinientes y, finalmente, en su caso, por el juez competente, con arreglo a su “sana crítica”.

Por tanto, como conclusión y a mi juicio, esta modificación normativa que se ha llevado a cabo a través de la Ley 35/2015, entendiéndola que es una reforma esperada e importante, además con un buen planteamiento, creo que no ha conseguido, tal y como se pretendía, su objetivo de agilizar el procedimiento de reclamación de daños y perjuicios derivados de accidentes de tráfico, a través de la imposición de un procedimiento extrajudicial de resolución del conflicto de obligado cumplimiento, intentando evitar la vía judicial, no habiendo mejorado la anterior regulación en muchos de sus aspectos y quedando todavía diversos puntos por regular, pudiéndose apreciar incluso, a través de las obligaciones que se imponen al perjudicado a la hora de reclamar la indemnización correspondiente, (y aunque también se impongan obligaciones a la aseguradora), un notable desequilibrio entre las partes, otorgando más poder, a mi juicio, a las aseguradoras, (a las que en varios casos no se contempla consecuencia jurídica alguna ante el incumplimiento de las obligaciones impuestas por la Ley), en detrimento de la parte débil, que es a la que se han causado los daños y perjuicios a raíz del accidente, tanto en su persona como en su patrimonio, entendiéndola que es esta parte la necesitada de una especial protección, al no disponer de los medios jurídicos, económicos y técnicos de los que disponen las aseguradoras, siendo además esta Ley, por último, susceptible de diferentes interpretaciones en muchos de sus



aspectos, lo que se está intentando solucionar a través de los “parches” que se dan a conocer regularmente, como ya he referido, a través de la Guía de Buenas Prácticas y, naturalmente, a través de la doctrina que se va sentando por los Tribunales desde su entrada en vigor en 2016, aunque esta es contradictoria en muchos casos, con lo que, en fin, entiendo que toca esperar a la siguiente reforma de la Ley.

X. NORMATIVA CONSULTADA.

Constitución Española, 1978.

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

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

Ley 21/2007, de 11 de julio, por la que se modifica el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre.

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.

Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil.

Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Real Decreto 1148/2015, de 18 de diciembre, por el que se regula la realización de pericias a solicitud de particulares por los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en las reclamaciones extrajudiciales por hechos relativos a la circulación de vehículos a motor.

XI. JURISPRUDENCIA.

Auto de la AP de Madrid 34/2013, de 1 de Febrero.

Sentencia de la AP de Asturias 301/2014, de 3 de Diciembre.

Sentencia de la AP de La Coruña 30/2015, de 29 de Enero.

Sentencia de la AP de Asturias 134/2015, de 17 de Abril.

Sentencia de la AP de Málaga 408/2016, de 18 de Julio.

Auto de la AP de Barcelona 375/2016, de 21 de Noviembre.

Sentencia de la AP de Cáceres 202/2017, de 12 de Abril.

Sentencia de la AP de Pontevedra 538/2017, de 21 de Noviembre

Sentencia de la AP de Baleares 50/2017, de 14 de Junio

Sentencia de la AP de Granada 110/2018, de 16 de Marzo.

Sentencia de la AP de Vizcaya 165/2018, de 19 de Marzo.

Sentencia de la AP de Málaga 672/2019, de 4 de Diciembre.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

Acta Plenillo Audiencia Provincial de Granada

DEL RÍO FERNANDEZ, LORENZO. (Marzo, 2018). Interpretación del art. 7 RD 8/2004 en la Ley 21/2007. Consecuencias de la actividad e inactividad del perjudicado en la reclamación a la aseguradora tras un siniestro. Foro Abierto, coordinado por Vicente MAGRO SERVET. Boletín de Derecho de la Circulación El Derecho, nº 17. Marzo 2008

Fernandez Gutierrez, Jose Luis. (2018, 17 de Mayo). La preclusión de la prueba pericial en juicio cuando la asegurado no ha acudido a ella en la oferta motivada. Recuperado <https://elderecho.com/la-preclusion-de-la-prueba->

pericial-en-juicio-cuando-la-aseguradora-no-acudio-a-ella-en-la-oferta-motivada

GALLARDO SAN SALVADOR, NORBERTO (52/2016). El informe médico concluyente. Publicado en la revista 50 de la asociación española de abogados especializados en responsabilidad civil y seguros.

Recuperado. https://www.asociacionabogadosrcs.org/doctrina/Elinformemedicoconcluyente_NorbertoGallardo_RC57.pdf

GARCÍA GONZÁLEZ, M^a DEL MAR. (2019, 28 y 29 de Marzo) La respuesta de la guía de las buenas prácticas a la controversia suscitada en la fase pre-procesal. (pg 39 a66).

GARCÍA GONZÁLEZ, M^a DEL MAR. (2018) “La respuesta de la guía de las buenas prácticas a la controversia suscitada en la fase pre-procesal”. Publicado en la Revista Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguros, N^o 68.

GARCÍA GONZÁLEZ, M^a DEL MAR. La respuesta de la guía de las buenas prácticas a la controversia suscitada en la fase pre-procesal. Revista de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro, N^o. 68, 2018

GARCÍA LÓPEZ, ALFREDO Y CONDE DE COSSIO TOYOS ANA. (2018, 25 de Abril). “Oferta motivada de la compañía de seguros y el informe médico preceptivo” Recuperado: <http://www.alfredogarcialopez.es/trafico-14/>

GARCÍA-CHAMÓN CERVERA, ENRIQUE (2017, 6 de Octubre) El informe médico y su valor probatorio en la determinación de los daños y perjuicios tras la Ley 35/2015. Publicado en la Revista de Jurisprudencia de 1 de Diciembre de 2017. Recuperado <https://elderecho.com/el-informe-medico-y-su-valor-probatorio-en-la-determinacion-de-los-danos-y-perjuicios-tras-la-ley-352015>

GARCÍA-CHAMÓN CERVERA, ENRIQUE. (Septiembre, 2017). El informe médico y su valor probatorio en la determinación de los daños y perjuicios tras la Ley 35/2015. Publicado en la Revista de Jurisprudencia”, el 1 de septiembre de 2017. Recuperado <https://elderecho.com/el-informe-medico-y-su-valor-probatorio-en-la-determinacion-de-los-danos-y-perjuicios-tras-la-ley-352015>

Guía práctica de valoración de daños personales: nuevo baremo. Sepin Madrid 2015. Pag 32-43

HERNÁNDEZ RUBIO, ROSENDO. (Enero, 2017) Más allá de la prescripción: problemas interpretativos sobre el alcance de la responsabilidad civil en el caso de la talidomida. Oferta motivada: una segunda oportunidad. Publicado en la revista de responsabilidad civil, circulación y seguro. Año 53/N^o 1/ Enero 2017

HURTADO YELO, JUAN JOSÉ “Dificultades probatorias en las colisiones de baja intensidad” Publicado en la “Revista de Derecho de la Circulación”, el 1 de febrero de 2018. Recuperado <https://elderecho.com/dificultades-probatorias-en-las-colisiones-de-baja-intensidad>

LÓPEZ NOELIA (2018, 18 Septiembre) Oferta motivada tras un accidente de tráfico: todo lo que debes saber. Recuperado <https://www.autobild.es/noticias/oferta-motivada-accidente-trafico-todo-que-debes-saber-303847>

LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA, JAVIER (2018, 24 de Mayo) Las comisiones de seguimiento de las normas ¿Otra forma de legislar?. Publicado en la Revista Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguros, N^o 65. Recuperado: <https://www.hispacolex.com/biblioteca/articulos-doctrinales/las-comisiones-de-seguimiento-de-las-normas-otra-forma-de-legislar/>

MAGRO SERVET, VICENTE. (2012, 1 de Enero) Alcance de la aceptación por el perjudicado de la oferta de la aseguradora. ¿Supone una renuncia a lo que se pueda fijar como indemnización tras el juicio? Recuperado <https://elderecho.com/alcance-de-la-aceptacion-por-el-perjudicado-de-la-oferta-de-la-aseguradora-supone-una-renuncia-a-lo-que-se-pueda-fijar-como-indemnizacion-tras-el-juicio>

MAGRO SERVET, VICENTE. (2016, 29 de Junio) Dies a quo en la determinación del plazo de prescripción para reclamar por accidentes de tráfico tras la Ley 35/2015. Recuperado <https://elderecho.com/dies-a-quo-en-la-determinacion-del-plazo-de-prescripcion-para-reclamar-por-accidentes-de-trafico-tras-la-ley-352015>

MAGRO SERVET, VICENTE. (Abril. 20019)

Reclamación del perjudicado tras la reforma del código penal por LO2/2019 en materia de accidentes de tráfico. Publicado en la revista de derecho de la circulación N° 73

MARÍN LÓPEZ, JUAN JOSÉ. La aplicación en el tiempo de la ley 35/2015: algunas cuestiones problemáticas. : Revista de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro, N°. 58, 2016, págs. 23-38

MARTÍN CASALS, MIQUEL (2014) Sobre la Propuesta del nuevo “Sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en los accidentes de circulación”: exposición general y crítica. Publicado en la Revista Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguros, N° 50. Recuperado <http://www.asociacionabogadosrcs.org/doctrina/Sobre%20la%20Propuesta%20del%20nuevo%20%20-%20MIQUEL%20MARTIN%20CASALS%20-%20REVISTA%2050.pdf>

MESONERO GIMENO, LUIS ALFONSO. (Octubre, 2016) De la necesaria modificación del sistema valorativo a nuevo artículo 1 de la LRC SVM, modificado por la ley 35/2015. Análisis crítico. 1ª parte. Publicado en la revista de responsabilidad civil, circulación y seguro. Año 52/N° 9/ Octubre 2016.

Ministerio de Justicia y Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. (2018, Marzo) Guía de buenas prácticas para la aplicación del baremo de autos. Recuperado http://www.dgsfp.mineco.es/es/DireccionGeneral/Publicaciones/GUIA%20BUENAS%20PR%20C3%81CTICAS_20-02-2019.pdf

PÉREZ UREÑA, ANTONIO ALBERTO. (2015, 1 de Octubre) La reclamación del perjudicado al asegurador como consecuencia de un hecho de la circulación, a la luz de la praxis judicial. Recuperado <https://elderecho.com/la-reclamacion-del-perjudicado-al-asegurador-como-consecuencia-de-un-hecho-de-la-circulacion-a-la-luz-de-la-praxis-judicial>

PÉREZ UREÑA, ANTONIO ALBERTO. (2018, 9 de Octubre) La obligatoriedad de la reclamación a la aseguradora para determinar la indemnización que corresponda abonar. Recuperado <https://elderecho.com/los-efectos-de-la-reclamacion-previa-a-la-aseguradora-en-el-ambito-del-seguro-obligatorio-de-vehiculos>

PÉREZ UREÑA, ANTONIO ALBERTO. Novedades para la solución extrajudicial de las reclamaciones por daños corporales derivadas de accidentes de tráfico. Publicado en la «Revista de Derecho de la Circulación», el 1 de junio de 2017. Recuperado <https://elderecho.com/novedades-para-la-solucion-extrajudicial-de-las-reclamaciones-por-danos-corporales-derivadas-de-accidentes-de-trafico>

PÉREZ UREÑA, ANTONIO ALBERTO. (2017, 30 de Junio) Novedades para la solución extrajudicial de las reclamaciones por daños corporales derivadas de accidentes de tráfico. Publicado en la Revista de Derecho de la Circulación», el 1 de julio de 2017. Recuperado <https://elderecho.com/novedades-para-la-solucion-extrajudicial-de-las-reclamaciones-por-danos-corporales-derivadas-de-accidentes-de-trafico>

POMARES BARRIOCANAL, JUAN “Sistema legal de indemnizaciones por daños personales en accidentes de tráfico” Dykinson Madrid 2018

SOMALO ÁLVAREZ, JOSE M^a. (Mayo 2016) La reforma parcial de la ley de contrato de seguro de 2015. “El régimen jurídico de la oferta y la respuesta motivada de indemnización: cuestiones novedosas de orden práctico derivadas de la reforma operada mediante la ley 35/2015, de 22 de septiembre”. Publicado en la Revista de responsabilidad civil, circulación y seguro N°5/año52/mayo 2016

TEMBOURY MORENO, MANUEL. El informe médico concluyente en el contexto del artículo 135 de la LRC SVM. Análisis de la sentencia nº 397/2018 de 16 de Junio de 2018. (Ponencia).

TORRES VELA, MANUEL. (Junio de 2019). Las diferentes definiciones del informe médico según la ley 35/15, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, definitivo, concluyente, pericial y ajustado a las reglas del sistema. VI Congreso Nacional de abogados de víctimas. Adevi, Málaga. (Ponencia).