



Boletín nº 11/20
7 DE NOVIEMBRE 2020



Difficile est tenere quae acceperis
nis exerceas – Gaius Caecilius
Cilo (Pliny the younger)

“Es difícil retener lo que has
aprendido a menos que debas practicarlo”.

COMENTARIO--RESUMEN AL INFORME RAZONADO SOBRE EL SISTEMA PARA LA
VALORACIÓN DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A LAS PERSONAS EN
ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN,
(8)

Por María José Fernández Martín

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

a previsible contraposición de pareceres en este punto. Así, mientras que las entidades consideran que el límite no debería ni reducirse ni eliminarse, la inmensa mayoría de abogados, abogados de víctimas y VICTIMAS consideran que deberían eliminarse o, al menos reducirse. El CCS considera que cabría una revisión del umbral a la vista de las secuelas que en concreto constan con puntuaciones iguales o inferiores a 6 en el Baremo Médico.

En favor de mantener el límite, alegan las entidades la dificultad de valorar ese perjuicio, que se vería incrementada si se pudiera aplicar a cualquier secuela y que el límite facilita la cuantificación. Entienden, además, que toda secuela implica una pérdida de calidad de vida que iría implícita [sic] en el valor del punto; por ello, consideran que el resarcimiento como perjuicio particular procedería solo cuando esa pérdida supone un plus de perjuicio, es decir, que el límite de 6 puntos determinaría dicho plus.

Señalan los otros colectivos que se manifiestan a favor de reducir o suprimir el límite, que hay secuelas que pueden valorarse en menos de 7 puntos, pero ser muy relevantes (p.ej. pequeñas amputaciones, secuelas estéticas que pueden «mermar la moral»). Añaden que el límite produce el efecto reflejo de reducir el número de puntos que otorgan las entidades, procurando así que no pasen de 6 puntos para no tener que resarcir este concepto perjudicial. Abogan por la eliminación y, en este sentido, las víctimas señalan que de la misma forma que un pianista profesional puede quedar incapacitado totalmente para su actividad por perder la falange distal de un dedo (1-3 puntos), es injustificable que se requieran 7 puntos para afectaciones parciales a actividades no laborales, pero que pueden ser de especial trascendencia para la persona.

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

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

La indemnización por pérdida de calidad de vida tiene por objeto resarcir el perjuicio extra patrimonial que sufre el lesionado por las secuelas que impiden o limitan, bien su autonomía personal, bien su desarrollo personal, mediante el desempeño de las actividades correspondientes (cf. art. 107 LRCSCVM). Una de las actividades de desarrollo personal es el trabajo que, además de constituir una fuente de ingresos, constituye una importantísima actividad específica de desarrollo que tiene por objeto, como indica el art. 54 LRCSCVM, «la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad». Por esta razón, los distintos grados de incapacidad, además de tenerse en cuenta en la Ley para computar la pérdida de ingresos de trabajo personal (arts. 128.1 y 129 LRCSCVM), se tienen en cuenta para determinar el grado de pérdida de calidad de vida (art. 108 LRCSCVM). En este sentido, el art. 108.2 LRCSCVM considera que es una pérdida de calidad de vida grave la incapacidad absoluta, moderada la total y leve la parcial. A diferencia de la pérdida de autonomía personal, que puede ser muy grave o grave, la pérdida de la posibilidad de realizar la actividad específica laboral solo puede ser grave y cabe plantearse si esta gradación es adecuada o no y, en caso de no serlo, si la incapacidad absoluta, en su dimensión extra patrimonial, debería equipararse a la pérdida de calidad de vida muy grave.

La práctica totalidad de las entidades, el CCS y una mayoría de los abogados consideran que no deberían incrementarse el grado de la incapacidad absoluta de grave a muy grave. Entienden que su gravedad no alcanza a la de la gran invalidez, y algunas entidades entienden víctimas y abogados de víctimas aboga, en cambio, por aumentar el grado correspondiente a la incapacidad absoluta de grave a muy grave.





Frente a esta discrepancia, existe, en cambio un mayor consenso en lo que se refiere a la cuantía con la que se resarcan los diversos grados, lo que también afectaría al perjuicio de pérdida de calidad de vida por incapacidad absoluta. Así, el CCS considera que, aunque no debería incrementarse el grado de la incapacidad absoluta, sí deberían incrementarse las indemnizaciones en cada uno de los grados, puesto que la diferencia con el anterior baremo, a diferencia del resto de conceptos, es muy sustancial. En el mismo sentido las víctimas señalan que deberían revisarse las cantidades para volver al nivel de la ley anterior con la correcta interpretación de la STS (Sala 4ª, Pleno) de 23.06.2014 (RJ 2014\1257), que unificó doctrina respecto a la interpretación del factor corrector de secuelas, que impidan o limiten actividades, al considerarlo 100% daño moral, modificando la doctrina anterior seguida por el Legislador del Nuevo Baremo, la STS (Sala 4ª), de 17.07.2007 (Rec. 4367/05), al publicarse la del 2014 cuando los trabajos de la CS ya habían sido cerrados.

Daño emergente (gastos) en caso de secuelas

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

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

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

Señalan, además, que la Ley no ha tenido en cuenta a las Mutuas de Accidentes de Trabajo, que colaboran con la Seguridad Social y que prestan, al igual que los Servicios Públicos de Salud, asistencia sanitaria pública de la Seguridad Social en caso de accidente de tráfico que a la vez lo sea de accidente de trabajo (accidentes in itinere). En estos casos, las Mutuas de Accidentes de Trabajo están obligadas a reclamar el reintegro de esos gastos al tercero responsable (cf. art. 168.3 LGSS).

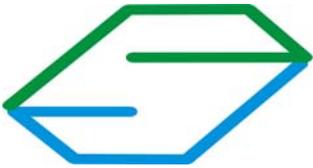
La Ley no menciona a las Mutuas de Accidentes de Trabajo, que son las entidades responsables de prestar la asistencia sanitaria futura a los accidentados por accidente de trabajo (cfr. STS 11.4.2000 (RJ 2000\2767), 26.6.2001 (RJ 2001\6837), 24.9.2002 (RJ 2003\3416) o 23.9.2009 (RJ 2009\5656), ni hay una previsión expresa del reintegro de estos gastos a la Mutuas de Accidentes de Trabajo, en los arts. 113 y 114 LRCSC- VM. La Ley debería contemplar expresamente, no sólo a los Servicios Públicos de Salud, sino todos los servicios integrados en el Sistema Nacional de Salud, como son los de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, que colaboran con la Seguridad Social, y que asumen el coste sanitario por contingencia profesional (art. 12 del Real Decreto 1993/1995; SSTS 23.11.2004 (RJ 2005\1719), 29.10.2001 (RJ 2001\10023) y 20.7.2007 (RJ 2007/6741)). Dicha referencia también debería constar en el art. 49 LRCSCVM en relación con las actualizaciones.

El CCS, por su parte, señala que el problema principal deriva de los retrasos originados por la negociación del convenio y de la puesta en marcha de la plataforma de TIREA para el pago de esos gastos y la necesidad de que los centros privados, para cobrar sus prestaciones en estos supuestos, deban suscribir acuerdos con los Servicios Públicos de Salud. Por su parte tanto víctimas como abogados de víctimas señalan que en muchos casos los servicios públicos de salud no llevan a cabo los trámites para obtener el abono de esos gastos futuros. No obstante, el CCS destaca que tiene aún muy escasa experiencia en materia de grandes lesionados y considera que no puede aportar criterios consolidados en materia de gastos futuros.

Para garantizar las prestaciones sanitarias que precisen los lesionados de forma vitalicia, las entidades aseguradoras y el CCS señalan que el instrumento adecuado son los Convenios con los Servicios Públicos de Salud. El Convenio Marco firmado con los Servicios Públicos de Salud regula las obligaciones de las partes y el procedimiento para hacer efectivos los pagos correspondientes; también recientemente se ha implantado una aplicación informática para canalizar las comunicaciones y pagos por parte de las entidades aseguradoras a los Servicios Públicos de Salud. La adhesión por las partes a estos Convenios debe ser suficiente para garantizar las prestaciones sanitarias y que los Servicios Públicos de Salud perciban los importes por tales prestaciones.

Por su parte las víctimas consideran que tales medidas no son suficientes y que se debería regular con más detalle la garantía para que la víctima tenga siempre garantizada, de forma vitalicia, los gastos de asistencia sanitaria futuros, tanto en aquellos supuestos donde la sanidad pública recibe compensación por lo regulado en los arts. 113 y 114 LRCSCVM, como en los supuestos donde la sanidad pública no recibe compensación por estar excluidos en los arts. 113 y 114 LRCSCVM.





Existe una cierta preocupación por lo que respecta al resarcimiento de esos gastos médicos futuros cuando las víctimas son extranjeras o residen en el extranjero. Así, por ejemplo, un 40% de entidades consideran que es un problema grave que debería regularse, sea mediante un sistema de reembolso internacional de gastos entre servicios de salud de distintos países en el seno de la UE, sea mediante convenios bilaterales con los estados extracomunitarios, sea mediante indemnización directa.

En todo caso, consideran que debería garantizarse que si las entidades abonar los gastos de asistencia sanitaria futura a la Sanidad española no serán objeto de reclamaciones posteriores por los mismos conceptos en otros países. Por su parte las víctimas consideran que los convenios son una posibilidad a analizar, pero que en todo caso se debería permitir a la víctima acreditar dicho gasto futuro, con base en los costes que comporte en su país y la fórmula de cálculo futuro prevista en el sistema, permitiendo en estos casos excepcionales, su percepción directa caso de no existir convenio internacional sobre la materia entre los estados y administraciones implicados.

En caso de existir tales convenios, debería abonarse a la administración extranjera correspondiente si garantiza el tratamiento médico vitalicio y sin coste a la víctima.

Respecto a si deberían regularse los casos en que las víctimas son asistidas en todo momento en la sanidad privada una ligera mayoría de las entidades (53%) considera que no debería regularse. Por su parte, quienes manifiestan que sí debería regularse (37% entidades) consideran, que la regulación debería vehicular los pagos siempre a través de la sanidad pública, que es quien debería concertar con la sanidad privada, o bien mediante convenios con el sector privado equivalentes a los del sector público.

Por su parte, las víctimas señalan que se debería prever la posibilidad de que las entidades pagaran los tratamientos médicos a medida que se vayan devengando los costes de los mismos, sin esperar a que la víctima pague todo el tratamiento cuando esta haya decidido elegir la sanidad privada que no está incluida en los Convenios de Asistencia Sanitaria y después lo tenga que reclamar junto al resto de la indemnización. víctimas y abogados de víctimas considera que deberían consultarse a la Seguridad Social los verdaderos costes anuales de las secuelas establecidas en la tabla 2.C.1, ya que creen que los costes anuales que están establecidos en dicha tabla no son reales y deberían actualizarse para que la sanidad pública percibiera los verdaderos costes sanitarios.

Esta opinión es compartida solo por una minoría de entidades (35%). El resto (53% entidades) cree que tal consulta no es necesaria porque considera que los importes recogidos en la tabla se basan en estudios pormenorizados de costes y, además, porque los sistemas públicos de salud han participado en la elaboración del Convenio de Asistencia Sanitaria Futura y han dado su conformidad a los importes que en el mismo se establecen, y que no son sino un reflejo de las cuantías que se establecen en el Sistema de Valoración, por lo que se pueden considerar validados y ajustados a los costes reales anuales.

EL RINCÓN DE LA SONRISA: LA MEJOR VACUNA

