

La reforma del baremo: un atropello a los derechos de los perjudicados

Aquilino YÁÑEZ DE ANDRÉS

Abogado

Diario La Ley, Nº 9190, Sección Tribuna, 4 de Mayo de 2018, Editorial **Wolters Kluwer**

Comentarios

Resumen

Como es sabido, en el año 2016 entró en vigor la última reforma del baremo de indemnizaciones cubiertas por el seguro obligatorio de automóviles, que ha producido, como advertimos reiteradamente con antelación, efectos devastadores, abusivos para con las víctimas de los accidentes, la mayor parte de las cuales o no reciben indemnización alguna, o se les da una pequeña limosna, o tienen que litigar con unos riesgos y costes desproporcionados.

I. Esta reforma, con la excepción de los ricos y de los grandes lesionados, que son muy pocos, ha supuesto una minoración general de todas las indemnizaciones, que ya habían sido reducidas en la anterior reforma del año 2004, y que, simplemente por adaptación a la elevación de los mínimos del seguro obligatorio determinados por las sucesivas directivas comunitarias, debieran de multiplicarse por tres para la actualización del primer baremo del año 1995 (1) .

El beneficio económico es lícito en cualquier negocio, pero este ámbito no es —no debe ser— tal negocio, sino que está concebido el seguro obligatorio del automóvil como un simple fondo de garantía, que pudiera perfectamente gestionar la Administración, de no encomendarse a entidades privadas, en virtud del cual se redistribuyen los beneficios y pérdidas del tráfico rodado entre los distintos partícipes en este; pues toda la normativa que regula este seguro obligatorio está dirigido a la protección de las víctimas de los accidentes, por designio desde siempre y en la actualidad de las directivas comunitarias (Directiva 2005/14 (LA LEY 6059/2005) y precedentes), como debiera ocurrir también en nuestro país.

Por otro lado, el baremo que nos ocupa, salvo que se limite su operatividad a su ámbito natural, cual es el de la responsabilidad por riesgo y su seguro obligatorio del automóvil, dejando al margen la responsabilidad por culpa y el correlativo seguro voluntario que pueda cubrirla, constituye una

excepción prácticamente mundial en esta materia, siendo así que en ninguno de los países occidentales avanzados existen baremos cerrados y vinculantes como el español, sino tan solo indicativos, exponenciales o guías, muchas sin cuantificar, siendo los jueces y, especialmente los Altos Tribunales, basándose en los precedentes, los que las elaboran con carácter indicativo, como pudiera perfectamente acometer nuestro Tribunal Supremo en el marco del proyecto «Supreme Courts as guarantee for effectiveness of judicial systems in EU».

II. Particular relieve tienen los casos de los pequeños lesionados en los accidentes de tráfico, que constituyen la gran mayoría y que sufren generalmente los denominados «traumatismos vertebrales», principalmente cervicales.

Estas víctimas, que suponen prácticamente el 70% de los casos de lesiones por accidentes de circulación, que son atendidos en los hospitales y centros concertados en Urgencias, y que reciben posteriormente tratamiento médico y rehabilitador a cargo generalmente del seguro obligatorio, son tan reales como la vida misma, como acredita su frecuencia constante. Evidentemente, como en todo, puede haber alguna exageración en algún caso, pero se conocen otros, totalmente reales, de desnucamientos y muertes en colisiones por alcance sin ningún daño en los vehículos (2) .

El nuevo baremo deja a las víctimas totalmente desprotegidas imponiéndoles la carga de la prueba de acreditar sus lesiones y su dolor

El nuevo baremo que se ha aprobado, deja a estas víctimas totalmente desprotegidas y les impone la carga de la prueba de acreditar, más allá de lo razonable, lo que es evidente, sus lesiones y su dolor que, en otro caso, no habrían tenido lugar. Algo totalmente inaudito.

III. Tanto ha sido el abuso y la posición dominante de las aseguradoras en la preparación de este nuevo baremo de indemnizaciones que, pese a las reformas introducidas en trámite parlamentario en el Senado, para corregir en algo la desproporción, el sistema ha resultado ser tan chapucero que es difícil el modo de salvarlo.

El art. 37 (LA LEY 1459/2004) del baremo —aquí denominado sistema— establece ya inicialmente una carga inasumible para las víctimas, al imponerles la obtención de un informe médico «ajustado a las reglas del sistema» para poder ser indemnizadas, cuando cualquier informe médico debiera ser suficiente a tal fin, como se establecía en el baremo precedente, pues el encuadramiento de las

lesiones en el baremo generalmente no requiere de especiales conocimientos y, de hecho, cualquiera con un mínimo de práctica puede realizarla. Se trata de una limitación de muy cuestionable constitucionalidad.

Más grave es la obligación que se impone al lesionado de «prestar la colaboración necesaria para que los servicios médicos designados por cuenta del eventual responsable lo reconozcan y sigan el curso de sus lesiones». Y ello porque estos servicios médicos se quieren hacer coincidir por las aseguradoras con sus servicios periciales, para así convertirse en «juez y parte» a la hora de determinar —o no— las lesiones indemnizables, minimizándolas o excluyéndolas. Pero resulta que las aseguradoras de responsabilidad civil obligatorias carecen de servicios médicos, que es una actividad ajena al pago de indemnizaciones, con lo que estos servicios médicos no pueden ser los suyos propios periciales.

Por ello, tales «servicios médicos» solo pueden referirse a los centros concertados en virtud de los convenios de asistencia sanitaria para lesionados de tráfico entre aseguradoras y hospitales, a los que se refiere el art. 8 (LA LEY 1459/2004) de la Ley que precede al sistema o baremo citado.

Es más, el art. 7 (LA LEY 1459/2004) de dicha Ley, introducido en el Senado, entra en manifiesta contradicción con el citado art. 37, ya en el baremo, cuando regula la reclamación extrajudicial que debe hacer la víctima al asegurador, remitiéndole «cuanta información médica tenga en su poder que permita la cuantificación del daño», obligando al asegurador a efectuar oferta de indemnización en plazo de tres meses y autorizándole para solicitar a su costa «los informes periciales privados que considere pertinentes, a través de servicios propios o concertados, si considera la documentación aportada insuficiente para la cuantificación del daño».

Como se puede ver, se distingue muy claramente lo que es la colaboración para que los servicios médicos atiendan al lesionado en los centros concertados, y lo que son los informes periciales privados de los aseguradores, caso de que los informes de los servicios médicos sean insuficientes para el asegurador.

Obviamente, en este último caso no surge jamás obligación alguna de la víctima de «colaborar» cediendo su intimidad y su libertad y permitiendo un reconocimiento indebido e innecesario por parte de los peritos de la parte aseguradora sobre su persona, colocándose en situación de indefensión, pues todo ello está proscrito en los arts. 1 (LA LEY 2500/1978), 18.1 (LA LEY 2500/1978) y 24 de nuestra Constitución (LA LEY 2500/1978).

Y así, en la misma línea, el art. 336.5 de la LEC (LA LEY 58/2000) que trata del reconocimiento de una persona por el perito de la otra parte, no utiliza el término «requerir», sino el de «instar», esto es, «suplicar o pedir», pues una orden taxativa sería inconstitucional.

El párrafo final de este lamentable art. 37 (LA LEY 1459/2004), incardinado en el sistema o baremo que nos ocupa, indica que los servicios médicos «proporcionarán», tanto a la entidad aseguradora, como al lesionado el informe médico definitivo que permita valorar las lesiones y secuelas. La chapuza aquí es monumental. Es evidente que si los servicios médicos fuesen los periciales de la propia aseguradora, el texto no tendría que obligarles a entregar el informe a la propia aseguradora que se lo encargó. Por ello pensamos que el único modo de leer este párrafo, al igual que el anterior, es referirlo a los servicios médicos asistenciales que han atendido al lesionado en virtud de los convenios sectoriales concertados a efectos de su tratamiento, con cargo al seguro obligatorio.

Pero, mucho más grave es la pretensión de que el informe, que las aseguradoras pretenden que sea el pericial de sus propios peritos, constituya «informe médico definitivo».

El informe médico definitivo, es el que fija el «alta médica definitiva», y lo expide el centro o médico tratante del lesionado, cuando considera agotadas las posibilidades de mejoría y le da el alta, fijando en su caso las secuelas correspondientes. A este informe médico definitivo se refiere constante jurisprudencia en este sentido (3) .

Resulta aberrante que las aseguradoras pretendan identificar tal informe médico con el de sus peritos propios y iatribuirle el carácter de «definitivo»!

Resulta aberrante que las aseguradoras pretendan identificar tal informe médico con el de sus peritos propios y iatribuirle el carácter de «definitivo»!, como si su propia verdad parcial e interesada, contratada y pagada al efecto, careciera de posibilidad de discusión y a la víctima no le quedase otra opción que digerirla como tal, quedando ninguneados otros médicos y obstaculizada la intervención judicial decisoria.

IV. Tamaños disparates solo han podido ocurrir porque nadie ha defendido debidamente los intereses de las víctimas —que en realidad somos, en potencia, todos los ciudadanos españoles— en el proceso de preparación de este nuevo baremo, aunque algunos se rasguen ahora las vestiduras por su pasividad y abandono, interesado o no.

El sistema, tal y como está concebido actualmente, es impresentable y un verdadero atropello a los derechos de las personas más débiles y damnificadas.

Es por ello que, ya en su momento propugnamos (4) y reiteramos de nuevo, que debe acometerse con urgencia una reforma del mismo que responda, al menos, a los siguientes principios:

- 1.-** Ordene la aplicación del principio «in dubio pro damnato» en la interpretación y aplicación del baremo indemnizatorio (5) .
- 2.-** Valore la modificación de las cuantías de las indemnizaciones, al objeto de adaptarlas a las sucesivas elevaciones de los mínimos del seguro obligatorio operados en la Unión Europea y al nivel de vida de nuestro país, a lo largo de los últimos 23 años (6) .
- 3.-** Disponga cauces judiciales, ágiles y sin coste, para hacer efectivos los derechos de las víctimas; prohibiendo su sumisión al asegurador. Ello implica el mantenimiento de los tipos penales derivados de toda clase de lesiones y muerte causadas por imprudencia menos grave y el establecimiento de un juicio verbal específico para las reclamaciones civiles, sin tasas ni costas preceptivas, y con nombramiento de perito judicial totalmente independiente a petición de las víctimas, en su caso, en posible fase de «pretrial».

(1)

SÁNCHEZ CALERO, *Revista Española de Seguros* n.º 128, octubre 2006.

(2)

AP Coruña, Auto de 26-02-15, Sección 5.^a.

(3)

Sentencia TS de 26-05-10 (LA LEY 76110/2010), n.º 330.

(4)

«Baremo y responsabilidad civil», *Aranzadi Doctrinal* n.º 1, enero 2016, págs. 101 y ss.

(5)

Sentencias TS de 23 (LA LEY 49537/2009) y 27-04-09 (LA LEY 40407/2009).

(6)

SÁNCHEZ CALERO, *Revista Española de Seguros* n.º 128, octubre 2006.

NOTA.- este trabajo publicado en Diario La Ley, Nº 9190, Sección Tribuna, 4 de Mayo de 2018, Editorial Wolters Kluwer, ha sido a su vez facilitado por su autor para su inclusión en www.peritajemedicoforense.com