

NOTAS SOBRE LAS RECLAMACIONES.
DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS VÍCTIMAS DE LOS
ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN

Aquilino Yáñez de Andrés / Abogado

- I -

SOBRE LA RESPONSABILIDAD POR RIESGO Y EL SEGURO OBLIGATORIO.-

Específicamente, el artículo 1 de la Ley 8/04, Texto Refundido modificado por Ley 35/15 de 22 de septiembre, sobre R.C.S.V.M. establece que *“el conductor de vehículos a motor es responsable, en virtud del riesgo creado por la conducción de estos, de los daños causados a las personas o en los bienes con motivo de la circulación. En el caso de daños a las personas, de esta responsabilidad sólo quedará exonerado cuando pruebe que los daños fueron debidos a la culpa exclusiva del perjudicado o a fuerza mayor extraña a la conducción o al funcionamiento del vehículo...”*.

La carga de la prueba de dicha culpa exclusiva de la víctima corresponde pues a la aseguradora que la alegue y debe ser totalmente plena y cumplida, bastando la simple duda, siendo racional, para que no pueda operar tal excepción dentro de la responsabilidad cuasiobjetiva que la legislación especial establece y su correlativo seguro obligatorio (T.S. 24-5-74; 5-3-76; 30-12-91; 30-5-88; y 10-09-12).

Esta doctrina es aplicable también a los casos de colisiones de vehículos con resultado de lesiones o daños personales para cualquiera de sus conductores, desde la sentencia del Pleno del Tribunal Supremo de 10 de septiembre de 2012, como ratifica últimamente la sentencia del Alto Tribunal de 18 de mayo de 2017 (nº 312/17). Y también a los casos de indeterminación de la forma de ocurrir el accidente.

La Ley 35/15 da nueva redacción al apartado 3 del art. 4 del Texto Refundido y circunscribe su ámbito a **«la cuantía de la indemnización cubierta por el seguro obligatorio»**, no afectando, en consecuencia, al seguro voluntario que pudiera complementarlo.

Esta Ley especial limitativa, en lugar de partir del principio de «personalización», «en concreto», de las indemnizaciones, asienta el principio de «objetivación» y

atiende exclusivamente a los perjuicios que considera «relevantes» (art. 33.5 y 3); por supuesto, estableciendo cuantías indemnizatorias limitadas.

Es obvio que esta Ley, que parte de un criterio singular de imputación, constituye solo una «protección básica» y, por supuesto, no impide una reparación integral personalizada y en concreto -como exige la Resolución 75/7 del Consejo de Europa y es común en la Unión-, cuando concurren otros tipos de imputación distintos del riesgo, como la imprudencia o la culpa.

Se llama la atención, además, sobre el hecho de que el legislador español no ha aumentado las sumas limitadas del baremo, calculado en el año 1995 sobre un mínimo asegurado de 350.000 ecus por víctima exigido por la Cuarta Directiva 84/5, a los nuevos mínimos de aseguramiento establecidos en la Quinta Directiva 2005/14, que aumentó al mínimo a 1.000.000 de euros por víctima, lo que supone un incremento de en torno a tres veces la cifra precedente y de las indemnizaciones concretas resultantes, como era el espíritu de esta última Directiva.

- II -

SOBRE LA RESPONSABILIDAD POR CULPA Y EL SEGURO VOLUNTARIO.-

Con carácter general, el art. 1.902 del Código Civil expresa que:

"El que por acción u omisión cause daño a otro interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado."

Y el Alto Tribunal, haciéndose eco de la Doctrina científica, a partir de la sentencia de 10 de julio de 1.943, va inclinándose hacia una apreciación cada vez más objetiva de la culpa extracontractual, "avanzando progresivamente en beneficio de la víctima inocente de un daño causado por tercera persona" (T.S. 27-2-03, 13-2-03).

Además, en este campo el Tribunal Supremo ha construido una solidaridad impropia o por razón de proteger el interés social, en los casos de pluralidad de responsables frente a la víctima, lo que permite a ésta dirigirse por el total de la deuda contra cualquiera de los obligados (T.S. 20-2-89; 26-12-88; 18-12-95).

La Jurisprudencia civil, desde antiguo, ha dictado que de todo hecho dañoso derivado de la circulación de vehículos nacen dos acciones diferenciadas. a) la especial derivada de la normativa específica, en la que la cuantía de la indemnización está limitada esencialmente al Seguro Obligatorio, y b) la ordinaria de

Derecho Común al amparo del art. 1.902 del Código Civil, sin que la cantidad a reclamar tenga limitación alguna legal:

“... de todo evento dañoso acaecido a causa de la circulación de vehículos de motor pueden nacer dos acciones civiles perfectamente diferenciadas, como lo son la especial ejecutiva derivada del Seguro Obligatorio, y la ordinaria de reclamación de daños y perjuicios, ambas compatibles, como así se deduce del art. 4 del Texto Refundido, si bien ofrecen características distintas a uno y otro, pues la cuantía de la indemnización exigible por la primera será limitada legalmente, es de naturaleza objetiva y va dirigida contra la compañía que responde del Seguro Obligatorio, mientras que la acción ordinaria tiene su base en la culpa extracontractual y se dirige contra el autor del acto causante de los daños que son objeto de reclamación o contra la persona que viene obligada a responder por los actos culposos de otra al amparo de los arts. 1902 y 1903 CC., sin que la cantidad a reclamar en concepto de esa indemnización tenga limitación alguna legal, y puede el perjudicado señalar, a este respecto, la que estime conveniente a este efecto indemnizatorio.” (T.S. 10-12-92 y 28-4-83.)

La cualificadísima Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, en sentencia 280/1997, de 26 de marzo, declaró que *«En cuantas ocasiones las partes pacten un seguro voluntario que se superpone sobre el obligatorio y que es desdeñado por el baremo, que a la hora de cuantificar no contempla la usual falta de limitación de la responsabilidad de los aseguradores del seguro voluntario, se atenta directamente contra el principio de libertad de pactos que informa nuestro Código Civil y sobre el que se funda la teoría general de la contratación civil, provocando, además, un lucro en quienes, percibiendo una prima mayor que la debida por el Seguro Obligatorio, no van a responder si no por los límites que el baremo señala en atención al mismo».*

- III -

SOBRE LOS PRINCIPIOS PRO DAMNATO Y DE REPARACIÓN INTEGRAL.-

Las importantísimas sentencias del Tribunal Supremo de 23 y 27 de abril de 2009, habían venido a recobrar el principio, clásico en el derecho de daños, **“in dubio pro damnato”** (en la duda a favor del perjudicado), como pieza cardinal al objeto de “asegurar la total indemnidad de los daños y perjuicios causados”, que es traducción del principio que rige en materia indemnizatoria de **“reparación íntegra del daño”**.

La reparación de los daños y perjuicios debe ser total y, como consecuencia comprende tanto el daño emergente como el lucro cesante, y tanto los daños

patrimoniales como los extra patrimoniales (T.S. 20-5-77). Así quiere recogerlo actualmente el art. 33 del baremo introducido por la Ley 35/15.

- IV -

SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO Y EL PERJUICIO TEMPORAL.-

En la práctica de las reclamaciones por daños y perjuicios, generalmente frente a entidades aseguradoras, observamos cómo estas tratan de minimizar las indemnizaciones correspondientes, queriendo recortar el proceso de curación e incapacidad temporal de los lesionados y, a tal efecto, se valen de dos expedientes fundamentales:

a) El tratamiento médico se quiere identificar con el tratamiento rehabilitador, de tal modo que, cesado este, se produce la estabilización lesional del paciente y en dicho momento queda fijado el fin de su proceso curativo y, por consiguiente, el término cronológico del íter indemnizatorio.

b) El proceso de incapacidad temporal controlado y certificado por el INSS, Servicios autonómicos de Salud o Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, debe carecer de valor, pues es puramente administrativo y no sirve para probar la incapacidad temporal del lesionado, que queda estabilizado, a su interesado criterio, en un momento anterior.

Nada de esto es correcto, en nuestra opinión.

En cuanto a la primera cuestión, conviene recordar la copiosa jurisprudencia, procedente de la Sala Segunda del Tribunal Supremo, de la que son exponentes las sentencias de 9 de febrero de 1996 y 13 de julio de 1990¹, de las que resulta:

«Se define el tratamiento médico como aquel sistema que se utiliza para curar una enfermedad o para tratar de reducir sus consecuencias, si aquella no es curable. Existe, pues este tratamiento... en toda actividad posterior tendente a la sanidad de las personas, si está prescrita por un médico. Es indiferente que tal actividad posterior la realice el propio médico o la encomiende a auxiliares sanitarios, también cuando se imponga la misma al paciente, por la prescripción de fármacos o por la fijación de comportamientos a seguir (dietas, rehabilitación, etc.)». Por cuanto «la lesión, en su aceptación gramatical, es sinónima, cual daño corporal, de toda alteración patológica del ser humano en su sentido más amplio, mientras que, doctrinal y legalmente, supone cualquier perturbación de la situación física y

1 Pueden también verse S. TS 1-12-00 y S. AP Madrid, Secc. 27ª, 26-02-10.

psíquica de una persona, en ambos casos conceptos similares a la enfermedad, todos ellos entendidos como manifestaciones de una alteración en la salud normal, lo que quiere decir que para la computación de la duración de las lesiones..., ha de tenerse presente todo el periodo durante el cual el lesionado esté fuera de su estado normal por necesitar asistencia facultativa, o lo que es lo mismo, por estar en periodo clínico, diagnosticado, de convalecencia o reposo, tiempo que la salud, quebrantada por el acto lesivo..., necesita para restablecerse aún cuando durante ese lapso de tiempo el enfermo, o lesionado, no hubiese estado impedido para sus ocupaciones».

Se puede concluir así, que el tratamiento médico curativo de toda lesión comprende los reconocimientos y exploraciones médicas, el diagnóstico, las revisiones y abarca tanto el reposo como la prescripción y toma de medicamentos, la fisioterapia, las pruebas diagnósticas, intervenciones, convalecencias, etc.; es decir, todo el periodo durante el cual el lesionado está fuera de su estado normal, con la salud quebrantada y en curso de restablecimiento hasta que, agotadas las posibilidades de mejoría, se proceda, a criterio médico al «alta definitiva» del paciente en la que, como dice el Tribunal Supremo en sentencia 330/10 de 26 de mayo (ponente Sr. Xiol): *«Se declaran estabilizadas las lesiones y se concretan las secuelas o, lo que es igual, se determina en toda su dimensión el daño personal y los conceptos indemnizables».*

Todo ello quiere ser corroborado en la actualidad por el art. 136.1 del texto del baremo de indemnizaciones por accidentes de tráfico, aprobado por Ley 35/15, que hace expresa mención al perjuicio que se padece “desde la fecha del accidente hasta el final del proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela”; conceptos que quedan así temporalmente equiparados.

En esta línea, la AP Coruña, Sección 4ª (Ponente señor Seoane Spiegelberg), en sentencia nº 382/16 de 16 de noviembre, ha matizado:

“Es cierto que existen unos periodos medios de curación, perfectamente descritos en la literatura médica en concordancia con el tipo de patología sufrida, que sirven como mera guía o criterio de orientación para el facultativo valorador, pero que desde luego no vinculan, puesto que son las circunstancias fácticas de cada caso a las que habrá que estarse.

Es máxima de experiencia constatada la que nos enseña que no siempre los pacientes, con el mismo cuadro clínico, evolucionan de igual manera. Así, desde la perspectiva expuesta, se ha dicho, y con razón, que no existen enfermedades sino enfermos.”

Y en la misma línea también, la AP Coruña, Sección 3ª, nº 85/17 de 22 de marzo (Ponente señor Fernández Porto), cuando concluye:

“No puede aplicarse un periodo de curación estándar o medio, porque así lo digan los manuales, objetivando la curación de todos los lesionados, y sin atender al caso concreto. La única excepción sería que se evidenciase la existencia de un fraude o un síndrome de renta. Por regla general, no es lo mismo el periodo de curación de un lesionado joven y con buena musculación, que de una persona de avanzada edad y pérdida muscular. Las pruebas de imagen ponen de manifiesto que doña sufre una patología degenerativa previa que justifica ese mayor periodo de tratamiento. Ha tardado más en obtener la estabilidad lesionada por una causa justificada.

El sistema contempla que una persona pueda precisar un mayor periodo de curación en atención a sus padecimientos previos. Sería relevante la discopatía degenerativa si se estuviesen indemnizando secuelas, pues en ese caso sí incidiría esa patología previa asintomática, pero no en el periodo de curación, pues este se indemniza en su totalidad.

No puede imputarse a la paciente las dilaciones entre una u otra visita, las tardanzas de los médicos en atenderla o los retrasos en los tratamientos..., por lo que el periodo de curación está plenamente justificado.”

En cuanto a la segunda cuestión, los arts. 53, 54 y 138.4 y 5 del baremo de la Ley 35/15, califican de perjuicio moderado aquel en el que el lesionado pierde temporalmente la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal (definidas en el art. 54); siendo suficiente a tal fin, la incapacidad laboral o profesional; si bien sin menoscabar, a mayores, las relativas al disfrute o placer, a la vida de relación, actividad sexual, ocio, deportes, etc.

En esta dirección, la AP Coruña Secc. 3ª (ponente Sr. Fernández Porto), en sentencia de 19-12-17, nº 393/17, fija que:

“El artículo 138.5 prevé que “El impedimento psicofísico para llevar a cabo la actividad laboral o profesional se reconduce a uno de los tres grados precedentes”, lo que implica que mientras subsista la imposibilidad transitoria de llevar a cabo la actividad laboral como consecuencia de la lesión temporal, no solamente subsiste el periodo, sino que además debe incardinarse la indemnización dentro del perjuicio personal particular.

La médico de cabecera mantuvo la situación de baja laboral tras la emisión del alta por el traumatólogo (revisión del 17 de junio). Salvo que acreditase, aunque fuera indiciariamente, que se trata de una actuación laxa del facultativo, el criterio profesional debe mantenerse. Por lo que la indemnización por este concepto debe incrementarse de los 86 días hasta los 105 días (5.460 €).”

Y definitivamente, el Tribunal Supremo, en sentencia nº 515/2020 de 7 de octubre (ponente Sr. Arroyo Fiestas), ha corroborado que:

«... el EVI, como entidad pública, controló el proceso de curación en evitación de bajas prolongadas, pese a lo que concedió varias prórrogas.

(...) no consta informe que contradiga con igual objetividad el dictamen del EVI....

Por tanto, el demandante estuvo impedido para el desarrollo de sus ocupaciones habituales, entendiéndose también las laborales, hasta el 16 de junio de 2015, pues la actividad laboral también está incluida dentro de las ocupaciones habituales de una persona.»

- V -

SOBRE POSIBLES ARGUCIAS DE ASEGURADORAS.-

Así mismo, y dentro de lo que son las reclamaciones de indemnizaciones por responsabilidad civil o por cualquier otro título que afecte a seguros con coberturas de lesiones o salud de las personas, las aseguradoras han diseñado, con carácter general, una estrategia procesal, que consideramos abusiva y capciosa, y que articulan del siguiente modo:

1.- En una postura que raya en el abuso de derecho, solicitan y obtienen en muchas ocasiones de los Juzgados, no solo el historial de las víctimas relacionado con el siniestro objeto de cobertura y de sus lesiones consecutivas al mismo, sino también íntegro todo su historial médico desde la cuna y en toda clase de centros, hospitales y organismos en que pudiera haber la mínima constancia al respecto. Se invade de esta manera el derecho a la intimidad de las víctimas protegido constitucionalmente (art. 18), en forma que consideramos desproporcionada en relación al objeto de la litis, pudiendo incidirse también en datos personales de salud especialmente protegidos², sin especial resolución motivada al efecto³, con los consiguientes efectos anulatorios y responsabilidades inherentes⁴

² Art. 10.3 y 61 Ley General de Sanidad de 25-04-86, desarrollado por el art. 7 de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente de 14-11-02, reforzado por el art. 5 de la Ley de Protección de Datos de 5-12-18.

³ Por todas, TC 16-12-96, nº 207/96.

⁴ Artículos 283.3, 287 y 433 de la LEC y 11 LOPJ.

2.- Obteniendo tal cúmulo de datos, queda claro que el interés de las aseguradoras no es el de determinar las consecuencias del siniestro objeto de su cobertura, sino el de tratar de achacarlas a cualesquiera incidentes que en la historia médica del lesionado puedan encontrar. Y como todas las personas tienen, a lo largo de su vida, antecedentes consustanciales a su envejecimiento e incidentes de enfermedades o accidentes, aunque sean insustanciales o pasajeros, estos van a ser utilizados a tal fin, mediante este expediente para sentar la siguiente capciosa conclusión: *«Cualquier persona que haya sufrido, en cualquier momento de su vida con antelación al siniestro, algún tipo de dolencia que después coincida con las que el accidente pudo haber causado, ya tenía dicha dolencia de antes y, por consecuencia, el accidente no le causó daño alguno indemnizable.»*

3.- Al mismo tiempo, el acceso indiscriminado al historial del paciente, extrapolando el exigente criterio de «temporalidad en el diagnóstico» que requiere el art. 135 de la LRCSCVM (redacción Ley 35/15), más allá de las meras dolencias subjetivas que tal desafortunado artículo contempla, permitirá a las aseguradoras completar su engañosa estrategia mediante otro aserto aparentemente apodíctico, pero capcioso también:

«Cualquier persona que presente lesiones que médicamente no sean referenciadas por escrito en su historial (aunque sea por descuido o por atender a otras más graves) hasta tiempo después, no acredita, pese a su inexistencia anterior, que las mismas traigan causa del accidente, con lo que a estos efectos no existen tampoco y resultan no indemnizables.»

Si hay una secuela indemnizable, de las contempladas en el baremo de accidentes de tráfico (Ley 35/15, que se usa como referencia general) en la que confluyan los objetivos de esta dañina estrategia de los aseguradores contra las víctimas, esta es el llamado «cuadro clínico derivado de las hernias discales», acertadamente definido en el baremo en tanto «correlacionable con el accidente», pero que generalmente trata de excluirse a la vista del historial de las víctimas a lo largo de toda su vida, obviando que:

- A partir de los 30 años los discos vertebrales comienzan su pérdida de contenido acuoso.
- Los cambios degenerativos son casi universales en la población de edad avanzada, en su mayor parte asintomáticos.
- Las hernias de disco traumáticas puras, sin degeneración discal subyacente, son excepcionales.
- Dichas hernias se producen, con una altísima frecuencia, sobre discos previamente degenerados.
- Las pruebas (RMN y EMG) no demuestran generalmente por sí solas el origen traumático o degenerativo de las hernias o de su sintomatología.

-Los traumatismos, por consecuencia, o bien ocasionan la aparición de la hernia discal traumática, o hacen pasar al plano sintomático una hernia discal previamente asintomática; lo cual normalmente es casi imposible de diferenciar.

-El cuadro puede manifestarse de modo totalmente expresivo desde un primer momento, o no, y hacerlo de modo más progresivo, dependiendo de la «migración» de la hernia, agresiva o progresiva.

Las aseguradoras, sin embargo, visto el historial médico íntegro, tratan de achacar el «cuadro clínico... correlacionable con el accidente» a cualquier antecedente o degeneración completamente normal en la vida de las personas, que puedan encontrar -y encontrarán- en su historial, tratando de confundir al Juez, señalándole «el árbol que no le dejará ver el bosque»: La hernia, que nunca se sabrá si es causada por el traumatismo, mientras que la secuela indemnizable no es la hernia como tal -que puede existir antes o no-, sino el cuadro clínico de esta, que antes del accidente no había y tras él sí, y que puede manifestarse tiempo después.

Algunos Tribunales empiezan a levantar la venda de los ojos y comienzan a decir basta a este tipo de argumentaciones engañosas. Sirva de botón de muestra la reciente sentencia de la Audiencia Provincial de La Coruña, Sección Tercera nº 1/2020 de 9 de enero (ponente don Rafael Fernández Porto), cuando, en caso similar y partiendo de los datos anteriormente señalados, que se recogen en lo menester, dice:

«No puede confundirse la incapacidad a que se refiere la regla con padecimientos propios de la edad, la degeneración del ser humano a lo largo de su vida. Parece como si la recurrente quisiera responsabilizar a los lesionados por tener años o achaques. A la inversa, podría decirse que sus asegurados deberían tener la precaución de lesionar exclusivamente a jóvenes menores de veinticinco años, sanos y musculados. El sistema de valoración del daño corporal en ningún momento hace recaer sobre el lesionado el mayor tiempo que pueda precisar para alcanzar la sanidad o la estabilidad lesional porque, por su edad o salud previa, emplee más tiempo de lo habitual, o tenga una evolución tórpida. Ni que sus secuelas puedan agravarse porque tenga más o menos años. Si el traumatismo se produce sobre una persona con osteoporosis, es más fácil que sufra fracturas o que el periodo de incapacidad se prolongue, y no por eso la indemnización ha de ser inferior. La indemnización se fija sin tener en consideración la edad, pues esta se valora en otra tabla.»

- VI -

SOBRE LAS SECUELAS.-

Con carácter general, y en lo que atañe también a la determinación de secuelas, la AP Coruña en la citada sentencia de 19-02-15, nº 46/15, ha fijado que:

“4- En cuanto a las secuelas ... Añadir que si la secuela es susceptible de un doble encaje en el baremo debemos aplicar la más beneficiosa para el perjudicado.”

Y en lo que atañe a las algias, en sentencia de 11-01-17, nº 3/18 (Ponente señor Seoane Spiegelberg), ha matizado:

“Por lo que respecta a la cervicalgia, en el informe de alta señala el médico tratante, que el paciente manifiesta cervicalgia residual en flexión, que desde luego no descarta, sino que, por el contrario, deja expresa indicación de la misma...”

En definitiva, con tales elementos de juicio consideramos que la mentada secuela debe ser incluida, pues es coherente con al dinámica del accidente y exploraciones médicas del recurrente, es reflejada como posiblemente etiológica del accidente por parte del médico tratante en el informe del alta...”

- VII -

SOBRE LA CARGA DE LA PRUEBA Y LA BIOMECÁNICA.-

El art. 217.2 de la LEC, distribuye la carga de la prueba mediante la utilización de la expresión “ordinariamente”, en relación a los hechos y a las consecuencias que de ello se desprenden, y, su aplicación al tema de los accidentes de tráfico supone apreciar que no es concebible que, producido un siniestro, se siga continuado tratamiento médico e incluso un proceso de incapacidad temporal, inexplicable sin aquel, más que en forma verdaderamente “extraordinaria”. Ello permite sentar la presunción judicial (art. 386 LEC) de que, producido el accidente y constatadas lesiones, se debe presumir que las mismas derivan del accidente producido, salvo prueba en contrario.

«La relación causal aparece como probable en un juicio de probabilidad cualificada, sin que se proporcione una hipótesis alternativa de similar intensidad», lo que se considera «probabilidad suficiente» en la sentencia del Pleno del Tribunal Supremo nº 141/21 de 15 de marzo.

Así pues, la carga de la prueba para desvirtuar dicha presunción, esto es, que las lesiones o daños no derivan del accidente, corresponde a la aseguradora que la alegue, y dicha “contraprueba del daño” debe ser plena para desvirtuarla, dado el principio “in dubio pro víctima” que rige en esta material, de tal modo que si el asegurador no logra demostrar una causa distinta de tales daños o lesiones, la simple duda o posibilidad no demostrada, será insuficiente para liberarle.

Por ello, no es suficiente aludir a resultados posibles o esperables, ni a predicciones o parámetros abstractos, pues el art. 1902 del Código Civil ordena reparar “el daño

causado”. No el que pudiera causarse o el esperable o previsible. Sino el realmente causado, en concreto.

A este respecto dictamina la Jurisprudencia (TS 12-09-2002, y 15-02-2012 y TC 20-11-2006), que: *«No cabe exigir al perjudicado la prueba de cómo era el estado anterior de la cosa dañada antes de sufrir el daño, pues se trataría de una típica **«probatio diabólica»**, de un caso en que tan solo podría darse una prueba extrañamente constituida y de una imposición al que ha sufrido el daño que no encajaría en los criterios normales de razonabilidad. **Probado el daño, es el causante del mismo el que sufre la carga de la prueba de un mal estado anterior que elimine o reduzca su obligación de repararlo.**»*

Compendio de todos estos criterios y de las múltiples sentencias que avalan la existencia de relación de causalidad entre las lesiones y el accidente, aunque los daños sean de escasa cuantía y frente a los informes biomecánicos, que no pueden prevalecer frente a los informes médicos de tratamiento de los lesionados, son las recientes sentencias de la Audiencia Provincial de Madrid, Sección Veintiuna, nº 332/19 de 10 de septiembre; Audiencia Provincial de Barcelona, Sección Dieciséis, nº 28/20 de 25 de febrero, y Sección Diecinueve, nº 50/20 de 3 de febrero; y Audiencia Provincial de Murcia, Sección Primera, nº 163/19 de 6 de mayo, a las que nos remitimos.

Por su contundencia y brillantez, nos remitimos a la reciente sentencia de la Audiencia Provincial de La Coruña, Sección 3, nº 196/2020, de 25 de junio de 2020 (ponente señor Fernández Porto).

- VIII -

SOBRE LAS INCAPACIDADES Y EL PERJUICIO MORAL.-

El Tribunal Constitucional en sentencia de 18 de octubre de 2004 ha refrendado la necesidad de que los Jueces y Tribunales apliquen los factores de corrección por lesiones permanentes constitutivas de incapacidades para las ocupaciones o actividades habituales de las víctimas.

Estos factores correctores se encuentran regulados en la actualidad, en el ámbito del seguro obligatorio y en cuanto al perjuicio moral en el art. 107 y concordantes, y en cuanto al perjuicio patrimonial, en el art. 127 y concordantes, de la normativa del baremo de autos en redacción dada por Ley 35/15.

- IX -

SOBRE LAS ACCIONES DIRECTAS.-

El art. 76 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro consagra, con carácter general, la acción directa del perjudicado contra la entidad aseguradora del responsable, para exigirle el cumplimiento de su obligación de indemnizar, lo que, en el ámbito del seguro obligatorio del automóvil, ratifica el art. 7 del Decreto Legislativo 8/04 sobre responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor.

- X -

SOBRE LOS INTERESES.-

Conforme al art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro, la indemnización devengará un interés anual igual al legal del dinero incrementado en un 50% desde la fecha del siniestro hasta la del pago efectivo, salvo que transcurran más de dos años entre ambas fechas, en cuyo caso tal interés no podrá ser inferior al 20% anual (T.S. Pleno 1-3-07).

El régimen de la mora del asegurador para el seguro obligatorio se encuentra recogido en el art. 9 del texto refundido aprobado por Ley 35/15 y solo queda excluido en el caso de oferta motivada en plazo y limitado a la cantidad ofertada y satisfecha o consignada; siendo principio general el de la indemnización por mora, independientemente de la existencia o no de un proceso, como ratifica el Tribunal Supremo en sentencias de 20 de julio de 2011, nº 599/11, y 22 de enero de 2020, nº 47/20

La sentencia del Tribunal Supremo nº 643/2020 de 27 de noviembre (ponente Sr. Seoane Spiegelberg), resalta en este sentido el *«deber legal de la aseguradora impuesto por el art. 7.2 LRCSCVM de observar, 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, que es incompatible con su desinterés, dejadez o desidia.»*