



GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA APLICACIÓN DEL BAREMO DE AUTOS

De acuerdo con el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre (en adelante LRCSCVM).

PRESENTACIÓN

I.- En el seno de las instituciones de la Unión Europea y de la mayoría de los países de la OCDE se viene llevando a cabo desde hace años una política conocida como “regular mejor” (better regulation) o “legislación inteligente” (smart regulation) que se plantea no sólo incrementar la calidad técnica de las normas y simplificar el ordenamiento jurídico, sino también potenciar su eficacia y eficiencia mediante el uso de métodos de evaluación durante su elaboración (ex ante) y una vez han entrado en vigor (ex post).

Esta forma de trabajar pretende garantizar que las decisiones políticas se preparen con los mejores conocimientos socioeconómicos posibles y de un modo abierto y transparente, con el respaldo de la participación amplia de grupos de interés que representen a todos los colectivos potencialmente afectados. Con ello se aspira a cubrir todo el ciclo de la política legislativa, que abarca desde el diseño, adopción y elaboración de políticas de actuación, su plasmación en las correspondientes normas jurídicas, hasta la implementación o puesta en práctica de las normas ya aprobadas. Para cada fase del ciclo de la política legislativa, existen una serie de principios, objetivos, instrumentos y procedimientos que tienen por finalidad conseguir la mejor legislación posible y que se refieren a la planificación, la evaluación de impacto normativo, la consulta de las partes interesadas, la implementación y la evaluación *ex post*.

II.- La Ley 39/2015, de 1 de octubre, *del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas* ha introducido en el panorama administrativo español una nueva regulación orientada no solo a atenuar la dispersión normativa que pudiera existir, sino también a reforzar la participación ciudadana, la seguridad jurídica y la revisión del ordenamiento.

Con estos objetivos, se establecen en ella por primera vez las bases con arreglo a las cuales se ha de desenvolver la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria de las Administraciones Públicas con el objeto de asegurar su ejercicio de acuerdo con los principios de buena regulación, garantizar de modo adecuado la audiencia y participación de los ciudadanos en la elaboración de las normas y lograr la predictibilidad y evaluación pública del ordenamiento, como corolario imprescindible del derecho constitucional a la seguridad jurídica¹.

En esta línea, el artículo 130.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, relativo a la Evaluación normativa y adaptación de la normativa vigente a los principios de buena regulación, dispone que:

¹) Con esta regulación se siguen las recomendaciones que en esta materia ha formulado la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en su informe emitido en 2014 «Spain: From Administrative Reform to Continuous Improvement».



“1. Las Administraciones Públicas revisarán periódicamente su normativa vigente para adaptarla a los principios de buena regulación y para comprobar la medida en que las normas en vigor han conseguido los objetivos previstos y si estaba justificado y correctamente cuantificado el coste y las cargas impuestas en ellas.

El resultado de la evaluación se plasmará en un informe que se hará público, con el detalle, periodicidad y por el órgano que determine la normativa reguladora de la Administración correspondiente.”

Esta norma fortalece la **evaluación ex post**, puesto que junto con el deber de revisar de forma continua la adaptación de la normativa a los principios de buena regulación, se impone la obligación de evaluar periódicamente la aplicación de las normas en vigor, con el objeto de comprobar si han cumplido los objetivos perseguidos, cuál ha sido su impacto social y si el coste y cargas derivados de ellas estaba justificado y adecuadamente valorado.

III.- Uno de los muchos instrumentos técnicos que pueden servir para guiar una evaluación ex post son las **recomendaciones de buenas prácticas**. Tales recomendaciones son el resultado del acuerdo de los diversos colectivos que intervienen en la aplicación de una nueva normativa, con la participación, en ocasiones de la Administración. No tienen por objeto substituir la tarea interpretativa de los tribunales en la aplicación del Derecho, sino servir de herramienta a los operadores jurídicos para fomentar la colaboración, la buena fe y la transparencia generalizadas en la aplicación de la normativa. Gozan del respaldo que les otorga ser el resultado de un proceso participativo en el que interactúan los representantes de todos los sectores implicados y por ello generan un sentido de pertenencia y de auto-vinculación. El análisis de su seguimiento y de su cumplimiento generalizado espontáneo o de su rechazo proporciona también un indicador importante respecto a las propuestas de mejora de la regulación que puedan realizarse al final del proceso de evaluación ex post.

IV.- En estos puntos, 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* ha sido pionera reproduciendo esa voluntad evaluativa de las políticas públicas y su normativa mediante la creación en la disposición adicional primera de una **Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración** con el objeto de analizar su puesta en marcha, sus repercusiones jurídicas y económicas y el sistema de actualización previsto en dicha norma.

La Comisión de Seguimiento, presenta a continuación sugerencias de buenas prácticas aprobadas por el Pleno de la Comisión.



BUENAS PRÁCTICAS

1. PRINCIPIOS GENERALES

Las buenas prácticas requieren que las relaciones entre asegurador y perjudicado, y de todos los profesionales que participan en los procedimientos de reclamación de daños personales, estén presididas por los principios de colaboración, buena fe y transparencia. La Comisión de Seguimiento recomienda también que todas las actuaciones se ajusten además a las buenas prácticas específicas que vaya estableciendo.

2. CAPÍTULO JURÍDICO

2:1. RECLAMACION EXTRAJUDICIAL PREVIA A LA INTERPOSICIÓN DE LA DEMANDA

2:1:1. Contenido de la reclamación

La buena práctica requiere que la reclamación extrajudicial previa contenga todos los datos de los que disponga el perjudicado. Constituye una práctica que contraviene el deber de colaboración del perjudicado establecido en los arts. 7 y 37 LRCSCVM la presentación de reclamaciones ocultando información de la que se disponga y que dificulte la determinación de la responsabilidad o la cuantificación del daño.

2:1:2. Validez de la reclamación extrajudicial no cuantificada

Dado que 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.

2:2. OFERTA MOTIVADA

2:2:1. “Ofrecimiento” a la víctima por procedimientos distintos de la oferta motivada

La buena práctica exige que no se lleven a cabo “ofrecimientos” resarcitorios al perjudicado que no se materialicen a través del procedimiento de la oferta motivada, ni que se condicione el contenido de la oferta motivada a la aceptación de “ofrecimientos” previos telefónicos, verbales o por escrito. La oferta motivada prevista en el art. 7. 2 y 3 LRCSCVM, su forma, contenido, plazos y demás requisitos constituyen un mecanismo esencial de protección de los intereses de los perjudicados que se considera insustituible.



2:2:2. Contenido de la oferta motivada

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. Constituye una práctica que contraviene el deber de colaboración del asegurador previsto en los arts. 7 y 37 LRCSCVM la presentación de ofertas motivadas ocultando información de la que se disponga y que dificulte la determinación de la responsabilidad o la cuantificación del daño.

2:2:2-2. En particular, la buena práctica demanda:

- a) Respecto de las secuelas, que la oferta motivada o el informe médico definitivo que se adjunte a ella contenga su relación, los puntos asignados a cada una y la codificación que les corresponda.
- b) 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.
- c) De acuerdo con el art. 7.3.d) LRCSCVM, el pago de la oferta motivada no puede condicionarse a la renuncia de futuras acciones. No obstante, se considera una práctica admisible el acuerdo de renuncia de futuras acciones después de emitida la oferta y pagada la indemnización. Se excluye de dicho acuerdo, conforme al artículo 43 de la LRCSCVM, la reclamación por alteraciones sustanciales de las circunstancias que determinaron la fijación de la indemnización o por la aparición de daños sobrevenidos.

Acuerdos de la Comisión de 27 de noviembre de 2017.

2:3. APORTACIÓN DE INFORME MEDICO EN EL CASO DE OFERTA O RESPUESTA MOTIVADA

2:3:1. Informe médico en los casos de coincidencia entre la reclamación previa y la oferta motivada

Si los conceptos e importes que constan en la oferta motivada coinciden con los solicitados en la reclamación, tanto en el caso de lesiones temporales como de secuelas, la buena práctica permite considerar la información médica aportada por el lesionado como informe médico definitivo a los efectos del art. 37.3 LRCSCVM.

2:3:2. Informe médico en los casos de oferta motivada en que solo se produzcan lesiones temporales

2:3:2-1. En los casos en que solo se reclamen lesiones temporales, si no hay cuantificación o no existe acuerdo sobre la reclamación, la buena práctica permite que la aseguradora base su oferta motivada en la documentación médica aportada por el lesionado con explicación detallada de los criterios empleados.

2:3:2-2. No obstante, si el lesionado aporta informe médico pericial, la entidad tendrá que aportar informe médico definitivo conforme al art. 37.3 LRCSCVM.



2:3:3. Informe médico en los casos de oferta motivada relativa a las secuelas

2:3:3-1. En los casos de reclamación de secuelas, si el lesionado aporta un informe médico asistencial o pericial, de acuerdo con lo que dispone el art. 7. 1 LRCSCVM, la entidad siempre tendrá que aportar informe médico definitivo. En estos casos, si el lesionado aporta un informe médico pericial con la puntuación otorgada y la codificación de secuelas, la buena práctica exige que en el informe médico definitivo de la entidad también se indiquen los puntos asignados a cada secuela y la codificación que le corresponda.

2:3:3-2. No obstante, en el caso de secuelas que deriven de un traumatismo menor de columna vertebral, solo será necesario que la entidad aporte informe médico definitivo si el lesionado aporta informe médico pericial concluyente que acredite la existencia de la secuela, de acuerdo con lo que establece el art. 135.2 LRCSCVM. De acuerdo con lo indicado en el apartado 2:2:2-2, a) en este caso la buena práctica permite que los puntos asignados a cada una de las secuelas y la codificación que les corresponda consten en la oferta motivada o en el informe médico definitivo que se adjunte a ella. En los casos de traumatismos menores de columna vertebral sin secuelas, la buena práctica permite que la entidad base su oferta motivada en la documentación médica aportada por el lesionado.

2:3:4. Aportación de informe médico en los casos de respuesta motivada

2:3:4-1. La buena práctica no requiere que la entidad aseguradora incluya informe médico alguno en los casos en que no se pueda cuantificar el daño en su totalidad previstos en el párrafo segundo del art. 7.4.a) LRCSCVM.

2:3:4-2. Por el contrario, la entidad aseguradora deberá aportar el informe médico definitivo que requiere el art. 7.4.b) LRCSCVM en los casos en que la respuesta motivada se base en la negación de la existencia de lesiones temporales o secuelas o del nexo causal respecto a ellas.

2:3:4-3. En el caso de lesiones temporales o secuelas que deriven de un traumatismo menor de columna vertebral, la buena práctica no demanda el informe médico definitivo en la respuesta motivada que se base en que la sintomatología no apareció en tiempo médicamente explicable, atendiendo al criterio cronológico del art. 135.1.b) LRCSCVM.

Acuerdos de la Comisión de 6 de marzo de 2018.

2:3:5. Deberes de diligencia y colaboración

2:3:5-1. El artículo 7.2. LRCSCVM establece en su quinto y penúltimo párrafo que el asegurador deberá 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. Por esta razón, aunque no haya reclamación del perjudicado, la buena práctica requiere que:

a) Cuando el asegurador tenga conocimiento de la existencia de daños corporales en un siniestro que pueda afectarle, despliegue, en cumplimiento de tal deber, la actividad necesaria para cuantificar el daño y, cuando le corresponda, liquidar la indemnización lo antes posible.



b) El lesionado preste la colaboración necesaria que prevé el art. 37.2 LRCSCVM para que los servicios médicos designados por el asegurador le reconozcan cuando éste lo solicite, con la periodicidad medicamentosa adecuada y sin dilaciones injustificadas, y de forma que no perturbe sus actividades ni comporte riesgo para su salud o integridad física.

2:3:5-2. En todo caso, haya o no reclamación del perjudicado, la buena práctica requiere que, una vez consolidadas las secuelas o producida la curación, los servicios médicos designados por el asegurador proporcionen al lesionado sin dilaciones injustificadas el informe médico definitivo que prevé el art. 37.3 LRCSCVM, sin necesidad de tener que esperar a la oferta o, en su caso, respuesta motivada.

Acuerdos de la Comisión de 2 de octubre de 2018.

2:4. Buenas prácticas en la valoración de determinados perjuicios

2:4:1. Buenas prácticas en la valoración de la indemnización del lucro cesante por dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar en caso de muerte, secuelas y lesiones temporales

2:4:1-1. La regulación de la indemnización del lucro cesante por dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar responde a lo largo de la ley a los mismos criterios básicos. Por esa razón, la buena práctica requiere.

a) Que por dedicación a las tareas del hogar en los casos previstos de los artículos 84, 131 y 143.4 LRCSCVM debe entenderse que es trabajo doméstico para atender las necesidades de la unidad familiar tal como lo entiende el art. 60 LRSCVM.

b) Que los incrementos para unidades familiares de más de dos personas previstos en los artículos 84.2 y 131.1.b) LRCSCVM se aplican también en todos los casos de lesiones temporales con independencia de la existencia o no de secuelas y de su puntuación.

c) Que en los casos de lesiones temporales con secuelas superiores a tres puntos no existe el límite de los treinta días y también se aplican las reglas que tienen en cuenta siempre la cantidad diaria de un salario mínimo interprofesional anual y el tamaño de la unidad familiar previstas en el art. 131.1 a) y b) LRCSCVM, sin necesidad de que el número de puntos conduzca a una incapacidad permanente absoluta o total.

d) Que la regla relativa a la dedicación parcial en caso de reducción de jornada o de trabajo a tiempo parcial de los artículos 85 y 131.3 LRCSCVM se aplica a todos los casos previstos en el art. 143.4 LRCSCVM.

e) En caso de secuelas, la regla del art. 131.3 LRCSCVM en materia de dedicación parcial a las tareas del hogar debe entenderse referida a los mismos supuestos de reducción de la jornada o de desempeño de trabajo a tiempo parcial para atender las necesidades de la unidad familiar.

2:4:1-2. La duración del perjuicio por lucro cesante por dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar en los supuestos de incapacidad permanente absoluta o total es hasta los 67 años. No obstante, si el lesionado había cumplido los 67 años en el momento del accidente, pero seguía dedicándose a las tareas del hogar de la unidad familiar, sin estar percibiendo pensión contributiva por jubilación o incapacidad permanente, la duración del perjuicio es de dos años.



2:4:1-3. En los supuestos de lesiones temporales el lucro cesante por dedicación total o parcial a las tareas del hogar de la unidad familiar, se aplicará, cuando a causa del accidente exista un perjuicio por pérdida temporal de calidad de vida muy grave, grave o moderado y no se esté percibiendo pensión contributiva por jubilación o incapacidad permanente.

2:4:1-4. En los supuestos de lesiones temporales de lesionados de más de 67 años, se indemnizará el lucro cesante por dedicación total o parcial a las tareas del hogar de la unidad familiar, con el límite establecido en los supuestos de curación sin secuelas o con secuelas iguales o inferiores a tres puntos, salvo que se acredite que el estado de salud de la víctima no le permitía realizar las tareas del hogar antes del accidente.

2:4:1-5. La prueba de la dedicación a las tareas domésticas puede llevarse a cabo por todos los medios admitidos en Derecho. En todo caso, la buena práctica considera prueba documental suficiente de la dedicación a las tareas domésticas la acreditación de las cuatro circunstancias mencionadas en los apartados a) a d) siguientes a través de la aportación de la documentación que se señala, respectivamente, en cada uno de ellos:

a) No estar trabajando en el momento de producción del accidente, mediante Informe de vida laboral de la Tesorería General de la Seguridad Social.

b) No estar inscrito como demandante de empleo en la fecha del accidente o estar inscrito como desempleado de larga duración (más de 12 meses), mediante certificado del SEPE

c) No estar percibiendo prestación contributiva por jubilación o incapacidad permanente, mediante certificado de la Seguridad Social.

d) La convivencia en una unidad familiar que reúna los requisitos del art. 60 LRCSCVM en la que pueda desempeñar tales tareas, mediante certificado de empadronamiento.

2:4:1-6. La percepción de las prestaciones contributivas por desempleo, jubilación o incapacidad permanente que correspondan a un trabajo remunerado a tiempo parcial serán compatibles con la indemnización del lucro cesante correspondiente a la dedicación parcial a las tareas del hogar del art. 131.3 LRCSCVM.

Acuerdos de la Comisión de 20 de febrero de 2019.

2:5. Buenas prácticas en asistencia sanitaria

2:5:1. Buenas prácticas la libre elección del centro asistencial por parte del lesionado

2:5:1-1 El art. 141 LRCSCVM establece en su primer apartado que se resarcen al lesionado los gastos de asistencia sanitaria y el importe de las prótesis, órtesis, ayudas técnicas y productos de apoyo para la autonomía personal que por prescripción facultativa necesite en caso de lesiones temporales, siempre que se justifiquen debidamente y sean médicamente razonables en atención a la lesión sufrida y a sus circunstancias y, en su apartado segundo, faculta a las entidades aseguradoras a pagar directamente esos gastos a centros de asistencia sanitaria mediante firma de convenios, sin que ello suponga un menoscabo a la libre elección de centro sanitario por parte de la víctima quien, por lo tanto, no queda obligada a dirigirse necesariamente a los centros concertados.



2:5:1-2 En este sentido, la buena práctica requiere que las entidades garanticen la libre elección de centro por parte del lesionado y le reembolsen las cantidades que haya pagado, siempre que no exista convenio sanitario entre la entidad aseguradora y el centro sanitario que le ha atendido, y que las cantidades pagadas estén debidamente justificadas y sean médicamente razonables en atención a la lesión sufrida y a sus circunstancias. No obstante, bajo criterios de responsabilidad, en caso de concurrencia de culpa o culpa exclusiva del lesionado, podrá reducirse el pago o excluirse de acuerdo con lo dispuesto en el art. 1.2 LRCSCVM.

Acuerdos de la Comisión de 6 de febrero de 2018.

3. CAPÍTULO

ACTUARIAL 3:1. BASES TÉCNICAS ACTUARIALES

3:1:1. Publicación de las Bases Técnicas Actuariales.

La buena práctica requiere que para resolver aquellos casos en los que la Ley establece que deben usarse las bases técnicas actuariales a efectos de cálculo (cf. arts. 88.3, 125.6 y 132.4) se utilicen las publicadas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Las Bases Técnicas Actuariales a las que se refiere el artículo 48, que contienen las hipótesis económico- financieras y biométricas del cálculo de los coeficientes actuariales, son las presentadas en Junta Consultiva de Seguros y Fondos de Pensiones.

Con ellas se realizaron todos los cálculos que contiene el modelo actuarial al que se refiere la Ley para hallar todas las tablas, coeficientes y factores actuariales insertas como Anexos. Dichas Bases Técnicas Actuariales están publicadas en la página web de la DGSFP en la siguiente dirección electrónica:

https://www.dgsfp.mineco.es/Direcciongeneral/JuntaConsultiva/Documentos/JCOrden12122014/Bases_Tecnicas_Actuariales_BaremoIAE_20140606_VF.PDF

3:1:2. Interpretación de las Bases Técnicas Actuariales.

La buena práctica requiere:

- a) Que las Bases Técnicas Actuariales sean siempre interpretadas en el contexto de la LRCSCVM y de su articulado sobre el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.
- b) Que todas y cada una de las hipótesis que contienen las Bases Técnicas Actuariales sean interpretadas en su conjunto, y nunca separada o aisladamente.
- c) Que las hipótesis actuariales definidas en la propia LRCSCVM y las contenidas en las Bases Técnicas Actuariales no sean objeto de modificación, salvo los supuestos previstos en la Ley y con sus limitaciones (cf. arts. 88.3, 125.6 y 132.4).
- d) Los ingresos netos de la víctima para calcular el multiplicando son los que se acrediten y no forman parte ni de las hipótesis actuariales definidas en la propia LRCSCVM ni de las Bases Técnicas Actuariales. Para realizar el cálculo actuarial del lucro cesante en los casos de ingresos netos que superen el importe de 120.000 euros recogido en todas las tablas 1.C, referidas al lucro cesante en caso de fallecimiento, y en las tablas 2.C.4,



2.C.5 y 2.C.6, referidas al lucro cesante en supuestos de incapacidad, se considerará el tiempo durante el cual pueda razonablemente preverse que se hubiera mantenido la generación de dichos ingresos. No obstante lo anterior, en aquellos casos en los que la duración del perjuicio se encuentre definida en la ley y ésta la limite a un número determinado de anualidades, la proyección temporal no podrá superar dicha limitación (*Acuerdos de la Comisión de 6 de marzo de 2018*).

e) Que, a los efectos de la reducción del perjuicio del lucro cesante establecido en los artículos 88.1 y 132.4 de la LRCSCVM, los sistemas basados en regímenes especiales de la Seguridad Social y los sistemas de previsión social alternativos al régimen especial de trabajadores autónomos tengan la consideración de pensiones públicas.

f) Que la facultad de acreditar una pensión pública distinta de la prevista en las Bases Técnicas Actuariales corresponda exclusivamente al perjudicado

3:2. INFORMES

3:2:1. Informe actuarial.

La buena práctica requiere que, para acreditar el derecho del perjudicado en aquellos casos que marca la Ley (cf. arts. 88.3, 125.6 y 132.4) y en aquellos que conforme al punto 3.1.2.d) anterior necesite de cálculo actuarial, se presente un informe actuarial que se ajuste a los criterios y modelos de cálculo establecidos por las Bases Técnicas Actuariales. El informe actuarial será realizado y suscrito por un actuario, desestimándose o rechazándose aquellos otros que no reúnan tal requisito.

3:3. TABLAS

3:3:1. Método de interpolación lineal para el cálculo de coeficientes comprendidos entre los años marcados por la tabla técnica TT3.

La tabla técnica TT3 se refiere a los coeficientes de capitalización actuarial de prótesis y ortesis. Los periodos de recambio que recoge la tabla son 1, 3, 5, 7, 10, 15 y 20 años.

Se considera una buena práctica para hallar un coeficiente cuando la vida útil se encuentre entre dos valores de la tabla TT3 utilizar el siguiente método de interpolación lineal:

Sea $(X; Y) = [\text{años de recambio}; \text{coeficiente actuarial}]$

Entonces:

$$(Y_2 - Y_1) : (Y_3 - Y_1) = (X_2 - X_1) : (X_3 - X_1)$$

$$Y_2 = Y_1 + \{(Y_3 - Y_1) * (X_2 - X_1) : (X_3 - X_1)\}$$

Un ejemplo: se quiere hallar el coeficiente actuarial a aplicar para un lesionado de 40 años para un reemplazamiento cada 12 años con pérdida de autonomía grave.

De las tablas se obtienen los coeficientes actuariales para 10 y 15 años de reemplazamiento para una edad de 40 años.

$$(X_1; Y_1) = [10; 2,8594]$$

$$(X_3; Y_3) = [15; 2,0902]$$

El nuevo coeficiente actuarial Y_2 , correspondiente a 12 años de reemplazamiento, se encuentra entre $(X_1; Y_1)$ y $(X_3; Y_3)$



Es decir: $(X_2; Y_2) = (12; Y_2)$.

$$Y_2 = 2,8594 + \{ (2,0902 - 2,8594) * (12 - 10) / (15 - 10) \} = 2,8594 - 2,0902 * 2/5 = 2,8594 - 0,3168 = 2,5517$$

Por consiguiente:

$$(X_2; Y_2) = (12; 2,5517)$$

En conclusión, el nuevo coeficiente actuarial a aplicar para un lesionado de 40 años para un reemplazamiento cada 12 años con pérdida de autonomía grave es de 2,5517.

3:3:2. Utilización de la Tabla TT3 para el cálculo de las ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal.

La buena práctica ampara que el importe de los gastos del artículo 117 de la LRCSCVM correspondientes a ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal pueda indemnizarse en forma de capital utilizándose para su cálculo el factor actuarial de las tablas TT3 incluidas en las bases técnicas actuariales a las que se refiere el artículo 48 de la LRCSCVM con el importe máximo establecido en la Tabla 2C.

Acuerdos de la Comisión de 20 de febrero de 2019

3:3:3. Buena práctica respecto a la aplicación a determinados casos del sustancial incremento del SMI producido para 2019

3.3.3-1 El Real Decreto 1462/2018, de 21 de diciembre, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2019 (BOE núm. 312, de 27.12.2018) llevó a cabo un incremento muy significativo del salario mínimo interprofesional, fijando en la cantidad mensual de 900 euros, lo que supone un incremento del 22,3% respecto del vigente en el año 2018.

3:3:3-2 Tal actualización se aplica de forma automática en los supuestos de los artículos 83.2 y 84.1 y 2 LRCSCVM, referidos a los casos de muerte, y 128.3 y 131 LRCSCVM, referidos a los supuestos de secuelas, por la propia estructura de las tablas de lucro cesante de muerte y de secuelas. Además, también se aplica directamente en los supuestos del artículo 143.4 LRCSCVM referido al lucro cesante de las personas con dedicación a las tareas del hogar en caso de lesiones temporales.

3:3:3-3 No obstante, en determinados supuestos, el SMI es un factor que opera de forma indirecta al encontrarse subsumido en el cálculo requerido por el artículo 125.3 LRCSCVM, referido al multiplicando del coste de los servicios de ayuda de tercera persona, que se refleja en la tabla 2.C.3 y el artículo 130 c) y d) LRCSCVM, referido al multiplicando aplicable para calcular el lucro cesante de los lesionados pendientes de acceder al mercado laboral menores de treinta años, y que se refleja en el cálculo contenido en las tablas 2.C.7 y 2.C.8

3:3:3-4 La aplicación directa de un nuevo SMI, en unos casos, y el mantenimiento de un SMI antiguo en las cuantías contenidas en las tablas actuales, en otros, genera en este caso concreto una situación que es necesario subsanar de forma inmediata desde la fecha de entrada en vigor del significativo aumento del SMI producido, sin esperar a una eventual actualización de las base técnicas actuariales.

3:3:3-5 Con el fin de resolver de modo no restrictivo para los perjudicados las dudas que genera esta situación, la Comisión de Seguimiento considera que la buena práctica requiere que se calcule la indemnización correspondiente en los casos de los artículos 125.3 y 130 c) y d) LRCSCVM de acuerdo con el SMI vigente, respetando en todo caso



todas las hipótesis económico-financieras y biométricas contenidas en las bases técnicas actuariales señaladas en el punto 3.1.1 de esta Guía.

Acuerdos de la Comisión de 27 de noviembre de 2018

3:4. DEFINICIÓN Y CÁLCULO DE LOS INGRESOS NETOS

3:4:1. Fallecimiento y secuelas

3:4:1-1. En trabajadores por cuenta ajena

En el caso de fallecimiento o secuelas de trabajadores por cuenta ajena, la buena práctica requiere considerar como ingresos netos los rendimientos íntegros del trabajo personal declarados, una vez deducidas las cotizaciones a la seguridad social correspondientes al trabajador y las retenciones tributarias practicadas por IRPF, e incrementados o reducidos, según corresponda, en su cuota líquida.

En el caso de que la cuota líquida se vea afectada significativamente por rendimientos distintos de los del trabajo personal, la buena práctica requiere que el interesado pueda acreditar como en derecho proceda la parte de la cuota líquida que estrictamente corresponda a los rendimientos íntegros del trabajo personal.

3:4:1-2. En trabajadores por cuenta propia

En el caso de fallecimiento o secuelas de trabajadores por cuenta propia, la buena práctica requiere considerar como ingresos netos los rendimientos netos de actividades económicas o profesionales declarados en su IRPF, calculados en estimación directa o estimación objetiva, e incrementados o reducidos, según corresponda, en su cuota líquida.

En el caso de que la cuota líquida se vea afectada significativamente por rendimientos distintos de las actividades económicas o profesionales, la buena práctica requiere también en este caso que el interesado pueda acreditar, como en derecho proceda, la parte de la cuota líquida que estrictamente corresponde a rendimientos distintos de las actividades económicas o profesionales.

3:4:1-3. Criterios adicionales en caso de fallecimiento y secuelas

La definición de todos los conceptos anteriores es la derivada de la normativa tributaria del IRPF.

El resultado de los ingresos netos nunca podrá ser negativo y siempre, como mínimo, se aplicará el salario mínimo interprofesional anual.

El periodo de cómputo de los conceptos anteriores es el que corresponda conforme los artículos 83 y 128 la Ley 35/2015. En ambos casos, si existe un cambio significativo de ingresos que es favorable al perjudicado, la buena práctica admite que éste pueda optar por el cómputo de los doce meses anteriores al accidente.

3:4:2. Lesiones temporales

3:4:2-1. En trabajadores por cuenta ajena

En el caso de lesiones temporales de trabajadores por cuenta ajena, a los efectos de la definición de ingresos netos, se considera buena práctica tomar como referencia el



importe líquido a percibir de las nóminas de los doce meses anteriores a la fecha del accidente.

3:4:2-2. En trabajadores por cuenta propia.

En el caso de lesiones temporales de trabajadores por cuenta propia, a los efectos de la definición de ingresos netos, se considera buena práctica tomar como referencia la facturación neta de costes y de contribuciones al sistema de seguridad social o sistemas alternativos y tributos de su actividad de los doce meses anteriores a la fecha del accidente. Alternativamente, a elección del perjudicado, la buena práctica también admite que se pueda tomar como referencia el ingreso neto anual calculado de acuerdo con los criterios relativos a las secuelas.

3:4:2-3. Criterios adicionales en caso de lesiones temporales

En todos los casos, el resultado obtenido se dividirá por 365 y se multiplicará por el número de días de lesión temporal en los que no pudo desempeñar su trabajo, actividad económica o profesional.

En aquellos supuestos en los que se perciban ingresos netos variables por actividades de temporada o análogas, éstos se computarán de acuerdo con lo establecido en el art. 143.2 LRCSCVM, y no se dividirán por 365, sino por los días correspondientes al período de la temporalidad en que se perciban, y el resultado se multiplicará por el número de días de lesión temporal.