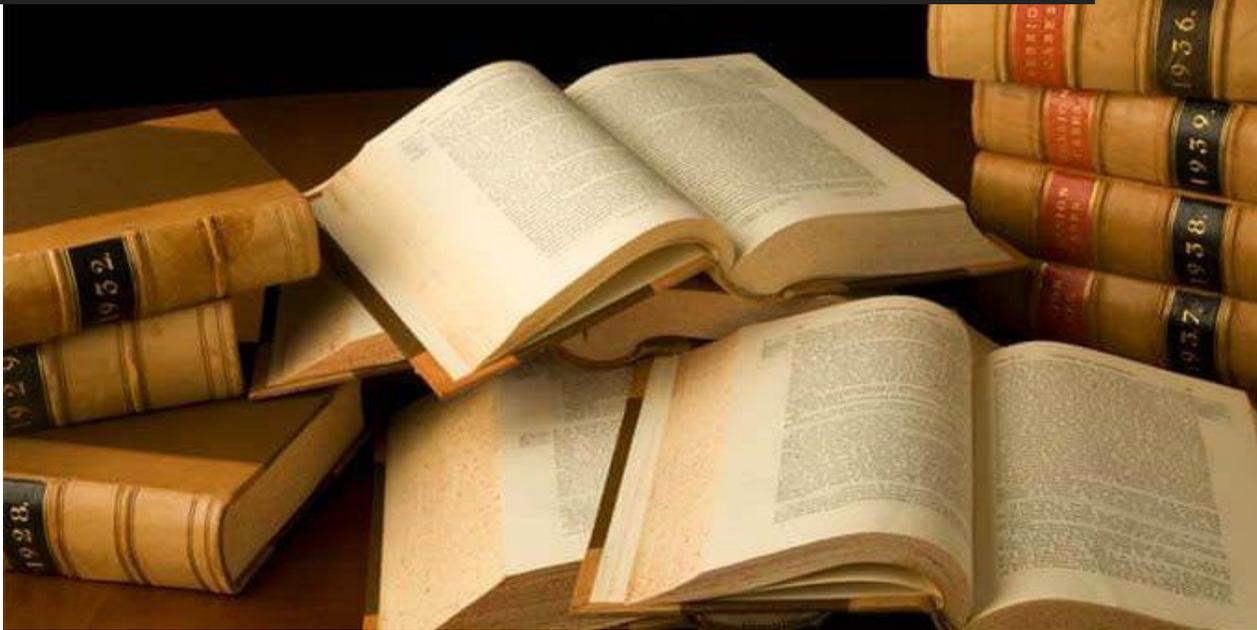


2016

Apuntes Glarus



Apuntes Glarus es un Blog orientado a proporcionar conocimiento, opinión y debate sobre cuestiones de actualidad en el ámbito asegurador. Con carácter periódico, Glarus Ibérica publica posts de interés para los profesionales del seguro. Este E-Book recoge los posts publicados durante 2016.

PRÓLOGO

El presente libro electrónico recopila las diferentes entradas que hemos ido aportando a nuestro Blog "Apuntes Glarus" desde sus inicios hasta diciembre de 2016 y recoge opiniones y puntos de vista sobre diversas cuestiones de gran relevancia en el sector asegurador y, más concretamente en las áreas técnicas y de siniestros.

Desde el comienzo, Glarus Ibérica ha pretendido aportar y compartir en su blog conocimiento asegurador, en un intento de contribuir a la generación de valor entre sus clientes y amigos. Escribir una entrada de blog conlleva un trabajo de análisis, reflexión y síntesis que, en muchas ocasiones, refleja conclusiones muy interesantes.

Queremos que este documento resulte de interés y, sobre todo, aporte utilidad al lector. Además, probablemente, muchas de las personas que accederán al e-book serán profesionales del sector, por lo que invitamos desde aquí a la participación e intercambio de opiniones sobre los distintos temas que comentamos. Participar es tan sencillo como entrar en el Blog "Apuntes Glarus" o enviar un correo electrónico a info@glarusiberica.com. Te animamos a ello.

Con respecto a la forma de leer este libro, siéntete libre de hacerlo de acuerdo con tus preferencias. Hemos dividido la estructura en capítulos por áreas temáticas, de manera que puedes ir directamente a los apartados que más resulten de tu interés.

Muchas gracias por tu tiempo y que lo disfrutes!.

Madrid, julio de 2017

INDICE

	<u>Página</u>
1. GENERALIDADES Y TENDENCIAS	5
¿Externalizar procesos de siniestros?: de la duda a la rentabilidad	6
Recobro en Siniestros: un aporte extra de rentabilidad para la aseguradora	9
Transformación tecnológica en siniestros: otro reto del sector asegurador a corto plazo	10
La transparencia informativa en el Seguro: defensores y detractores	11
Algunas tendencias globales que afectarán al futuro de los siniestros	12
¿Época de cambios o cambio de época en el área de siniestros?	14
¿Realmente va a aumentar la frecuencia en autos?	15
La guerra de precios en el seguro: un arma de doble filo	17
Siniestro poco documentado, siniestro de riesgo	18
¿Por qué víctimas y perjudicados contratan los servicios de un abogado?	19
Solvencia II contada con sencillez	20
Solvencia II: El momento de la puesta en marcha	22
Apuntes sobre el seguro de accidentes	24
El seguro de transportes. Responsabilidad y recobro (parte I)	26
El seguro de transportes. Responsabilidad y recobro (parte II)	28
Cláusula de exclusión de guerra (War exclusion clause)	30
2. COMENTARIOS JURÍDICOS	32
Algunas consecuencias de la despenalización de las faltas en los accidentes de circulación	33
El nuevo informe médico forense extrajudicial	35
El Auto Ejecutivo tras la despenalización de las faltas de tráfico	36
Modificación del plazo de prescripción de las acciones personales que no tengan señalado un plazo específico	38
La nueva “pericia de contraste” a cargo de los institutos de medicina legal (I)	40
La nueva “pericia de contraste” a cargo de los Institutos de Medicina Legal (II): algunas sugerencias para la liquidación de siniestros	42
El ejercicio de acciones y la interrupción de los plazos de prescripción cuando se reclama por responsabilidad patrimonial a una administración pública	43
Las cláusulas delimitadoras y las cláusulas limitativas. Algunos comentarios a cuenta de las incapacidades parciales en el seguro de accidentes personales	45
La mediación y los mediadores: su utilidad en la liquidación de siniestros de tráfico con daños a personas	46

Art.43 LCS: Subrogación legal por parte de la aseguradora en los derechos del asegurado. Prescripción.	48
Responsabilidad civil por la llamada “pérdida de oportunidad”	50
Proceso de Mediación. La suspensión, que no interrupción, de los plazos de prescripción	52
La delimitación temporal de la cobertura: fecha de la reclamación o fecha de ocurrencia	53
3. EL NUEVO BAREMO DE DAÑOS CORPORALES Y SU IMPACTO	56
A la expectativa del nuevo Baremo: la ralentización de la gestión de siniestros	57
¿Abriendo puertas para la aplicación retroactiva del nuevo Baremo?	58
Los traumatismos menores de la columna cervical en el nuevo baremo. ¿se acabó el “cuponazo cervical”?	60
Retroactividad del nuevo Baremo (I): el perjuicio económico futuro	62
Retroactividad del nuevo Baremo (II): Gastos futuros para prótesis	63
El riesgo de reapertura. La revisión futura de indemnizaciones en el nuevo baremo	64
¿Quién está legitimado para reclamar los gastos de asistencia hospitalaria y ambulatoria futura?	66
4. EL TRAMITADOR PROFESIONAL	69
“Se mucho técnicamente”. ¿Es suficiente esto para ser un tramitador de siniestros de éxito?	70
Habilidades del tramitador: Adaptación a cada interlocutor para conseguir acuerdos	71
Habilidades diferenciales para grandes resultados en la tramitación de expedientes de siniestros	73
Tramitadores de alto rendimiento: cinco claves que marcan diferencia	75
5. EL FRAUDE	78
El fraude en el sector asegurador	79
¿Qué hacer con el fraude? “Del trabajo de hormiguita al puñetazo en la mesa”	80
Infidelidad de empleados: las cuatro prácticas de fraude monetario más habituales	83
6. RUN OFF	85
Qué es el Run Off de carteras de siniestros	86
El proceso y la estrategia de gestión run off	88
Run off y la cobertura de la cartera de siniestros	90
Run off: modalidades habituales de reaseguro sobre carteras de siniestros	92
SOBRE GLARUS IBÉRICA	94

1

Generalidades y tendencias



¿Externalizar procesos de siniestros?: de la duda a la rentabilidad

Optimizar costes y aumentar ingresos son los dos retos fundamentales para obtener el máximo beneficio en una aseguradora. En la actualidad, máximo beneficio lo podemos sustituir, simplemente, por mantener las cifras de rentabilidad necesarias para cumplir con los criterios de solvencia exigibles por los clientes, la Administración y los accionistas. Aunque el sector asegurador parece ser menos sensible a la crisis, tal y como aseguran profesionales relevantes en los distintos foros que se realizan, es cierto que durante los últimos años se han vivido cambios que han obligado a las compañías a innovar en sus políticas y estrategias. [Muchos medios se han hecho eco de ello.](#) **La adaptación es la clave.**

¿Cómo rentabilizar al máximo los recursos de los que disponemos?, ¿cómo abordar esos nuevos retos que se vislumbran en un futuro muy cercano? Estas y otras preguntas están en la cabeza de la mayor parte de los empresarios, directivos y profesionales del Sector, que dedican todos sus esfuerzos a mejorar los procesos de generación de ingresos y de reducción y control del coste.

Sea cual sea la orientación de cada compañía, todos los gestores están de acuerdo en que **“para obtener la máxima rentabilidad, la empresa debe dedicar sus esfuerzos a aquellas actividades en las que realmente aporta valor”**. El consumidor compra lo que le aporta valor diferencial y ésta es, por tanto, la clave que han de buscar las organizaciones de todos los sectores, incluido el asegurador.

En una época de cambios como la que vivimos, aportar valor significa diferenciarse y poner en el mercado productos y servicios que realmente aporten beneficios a los clientes potenciales a un precio que resulte, además, asequible. Y cumplir este objetivo depende fundamentalmente de la eficacia de los procesos internos de la compañía.

Innovar en diseño, mejorar los procesos de producción y prestación del servicio, investigar nuevas fórmulas de comercialización y establecer sistemas de gestión interna que garanticen el aprovechamiento de los recursos son las claves del éxito en la actualidad. Quizás lo hayan sido siempre, pero lo cierto es que cada vez adquieren una mayor importancia.

La innovación en el campo de la distribución y mediación de seguros es evidente y, durante los últimos años, hemos asistido a una incesante aparición de nuevas iniciativas de comercialización y a la mejora de los canales más tradicionales.

Echando un vistazo hacia el interior de las compañías y mutuas, nos damos cuenta rápidamente de que hay una serie de actividades y procesos que son realmente diferenciales y en las que cada empresa aporta sus elementos específicos que las hacen competitivas. Son las **actividades de valor añadido**. Son las **cuestiones por las que la empresa está en el mercado y por las que es**

realmente valorada. Son secretos que marcan el carácter de la empresa, son aquellas cuestiones que definen el ADN organizacional. Son actividades en las que la mejora es todavía más importante.

Son estas actividades en las que tienen que estar centrados los recursos de la organización puesto que de su buen funcionamiento dependerá la evolución de la cuenta de resultados. Ventas, atención al cliente, diseño de producto, inversiones, reaseguro y, por supuesto, siniestros, son procesos clave en las compañías de seguros.

Sin embargo, **no todas las actuaciones dentro de cada una de estas áreas tiene el mismo peso en cada momento sobre el resultado final.** Ni siquiera las diferentes áreas son siempre igual de importantes. **La clave del éxito en la gestión está en conseguir que, en cada momento, los recursos internos estén dedicados a las actividades de mayor valor de acuerdo a la estrategia de la compañía y conseguir la máxima eficacia de los procesos clave.** Estrategia que viene marcada, además, por las exigencias del entorno.

Apertura de nuevos ramos, cese en la actividad en otros, necesidad de un mayor impulso en la gestión de determinadas carteras, necesidad de incorporación de nuevos canales de tención al cliente, fusiones de compañías o necesidad de mejorar la rentabilidad interna son algunas situaciones habituales que obligan a responder a la pregunta: **¿qué y cuántos recursos dedico a cada cosa?**

En muchos casos, la organización se encuentra con que los profesionales de los que dispone no son los suficientes y en otros, simplemente, no es lo más rentable utilizar a los profesionales disponibles para determinadas actividades que, por otra parte, son convenientes o necesarias. ¿Qué hacer en estas situaciones tan habituales?

La “Externalización” o “Outsourcing” aparece entonces como una solución muy rentable. No es necesario que la compañía cree o mantenga estructuras fijas para desarrollar o impulsar estas actividades, sino que puede acudir a empresas externas para aprovisionarse de los productos y servicios necesarios **en condiciones de alta calidad y rentabilidad económica.**

En el ámbito de los siniestros, dependiendo de la estrategia de la compañía, la externalización puede resultar muy útil en muchos casos: apertura de nuevos ramos, gestión de carteras con siniestros pendientes pero que ya no van a generar nueva producción, refuerzo del área de siniestros de la compañía para gestiones corrientes o procesos de recobro ligados a expedientes de siniestros en los que se puede obtener una extra-rentabilidad.

Externalizar procesos contando con profesionales externos capaces de responder a los estándares exigidos por la compañía es una práctica que se está llevando a cabo cada vez más dentro del sector asegurador porque proporciona **claros beneficios:**

- **Evita a las empresas tener que crear estructuras fijas** que, en momentos de “vacas flacas” pueden suponer un problema desde el punto de vista de coste o que, simplemente, no resultan la opción más rentable en el momento estratégico concreto
- **Permite a las compañías acometer con éxito cualquier situación que en cada momento resulte estratégica,** a través de un complemento de recursos profesionales que apoyan a las áreas actuales de la organización

- **Evita costes y tiempos asociados a procesos de selección y entrenamiento** de recursos, además de inversiones en infraestructuras que no constituyen el objeto central del negocio
- **Permite dedicar los valiosos recursos de la organización a las actividades que mayor valor añadido** aporten en cada momento, mejorando así la estructura organizativa
- **Posibilita la entrada en nuevos mercados o nuevas líneas de negocio en un tiempo muy rápido** y con recursos y procesos ya testados y experimentados
- **Proporciona Know How** a la organización sobre nuevas formas de llevar a cabo determinadas actividades
- **Permite desactivar unidades de negocio** o procesos con la misma agilidad con las que se han creado

Y todos estos beneficios son aplicables a los procesos de siniestros.

La externalización se basa fundamentalmente en el viejo dicho “*zapatero a tus zapatos*” y constituye en la actualidad una de las prácticas empresariales en auge. Y si esto es así, seguramente no es por moda sino porque se ha puesto de manifiesto la rentabilidad que aporta.

Eso sí, **externalizar requiere un sistema y unas fases indispensables:**

- **Identificar actividades** realmente externalizables y calcular las ventajas e inconvenientes de externalizarlas. Solo externalizar cuando se aporte valor añadido
- **Identificar a los proveedores más adecuados** para la externalización. Un proveedor de outsourcing debe ser **un verdadero socio**.
- **Poner en marcha los protocolos** a seguir por parte de los proveedores, adaptados al máximo a los procesos de la compañía
- **Realizar un seguimiento y control** de los procesos externalizados, a través de monitorizaciones de indicadores clave

Siguiendo estas fases, la externalización o outsourcing se convierte en un gran aliado al servicio de las compañías y mutuas de seguros que contribuye al aumento de la competitividad.

Recobro en Siniestros: un aporte extra de rentabilidad para la aseguradora

Sin duda, la gestión de siniestros ha constituido desde el inicio de la actividad aseguradora un pilar básico para la obtención de resultados positivos en las cuentas de compañías y mutuas de seguros. En tiempos de crisis como los actuales, aunque el seguro haya sabido “mantener el tipo” mejor que otros sectores, la reducción de costes y la optimización de procesos constituye una de las cuestiones prioritarias en la gestión de las organizaciones.

Son muchas las políticas puestas en marcha en el Sector de cara a conseguir mayores ventas: **nuevos canales de distribución, acuerdos perfeccionados con mediadores, expansión de las redes comerciales propias**. Con estas medidas, se han incrementado o, al menos, mantenido las cifras de negocio, lo que ha contribuido sin duda a contener el efecto crisis.

Junto a estas medidas tendentes al incremento de ingresos, **son también muchas las iniciativas orientadas a la contención e. incluso, reducción de costes de estructura y procesos operativos: reingeniería, incorporación de potentes sistemas informáticos, outsourcing y, en ocasiones, adaptaciones de plantilla**.

Dentro de este ámbito, la **mejora en la gestión de los siniestros** ha jugado y sigue jugando un papel fundamental en la consecución de resultados.

Muchas compañías han invertido grandes sumas de dinero en aplicaciones informáticas, en acuerdos con compañías de call center o en mejora de procesos de gestión. La adopción de convenios en importantes ramos como el de automóviles ha contribuido claramente a la mejora operativa y, en consecuencia, de resultados.

Sin embargo, **son muchos los casos en los que hay todavía posibilidades de rentabilizar aún más los procesos de gestión de siniestros**. Es mucha la cuantía económica que se queda por el camino afectando a la rentabilidad final de las compañías. Bien porque el siniestro se “*cierra dentro de reservas*” o bien por agilizar la actividad, lo cierto es que **son muchos los siniestros de los que se podría obtener unos mejores resultados de liquidación**.

En nuestra experiencia gestionando carteras de diversas compañías, hemos visto muchos expedientes cerrados de los que se podría haber conseguido, y todavía se puede conseguir, el retorno de alguna cantidad económica. Responsables del siniestro sin seguro, otras compañías, proveedores o el mismo Consorcio de Compensación de Seguros son figuras a las que se puede exigir el retorno de cuantías económicas previamente satisfechas por nuestra aseguradora.

Se trata de “recobrar” expedientes. Se trata de asegurar que lo que se paga en concepto de liquidación de un siniestro es lo que realmente hay que pagar. *¿Están todos los siniestros cerrados ajustados a lo que realmente se tendría que haber pagado?* Nuestra experiencia, avalada por las propias compañías con las que trabajamos, indica que no. **Hay una cantidad recobtable que, aunque no se puede conocer a ciencia cierta, es probablemente considerable**.

Y, si esto es así, *¿por qué no siempre se emprenden procesos de recobro?* Elementos como la saturación de los departamentos, los ajustes de reservas, las relaciones con el Reaseguro o, simplemente, la propia inercia de la compañía justifican el comportamiento. Es posible que haya habido épocas en las que “recobrar” suponía un mayor esfuerzo que la propia cuantía a conseguir, pero actualmente, con los medios y recursos disponibles y dada la situación actual de las rentabilidades es una asignatura pendiente que muchas compañías comienzan a abordar.

Todo influye en la cuenta de resultados y el recobro de expedientes de siniestros incide directamente las pérdidas y ganancias de la compañía.

Transformación tecnológica en siniestros: otro reto del sector asegurador a corto plazo

La **transformación digital** que se vive en el Sector, marcada por un incremento de la presencia de las entidades en redes sociales y por el desarrollo de multitud de iniciativas tecnológicas, ha sido, quizás, el tema estrella de los últimos eventos aseguradores. La tecnología en el sector de seguros está de plena actualidad.

Los hábitos del cliente de seguros cambian, sus preferencias y expectativas también y, por supuesto, sus puntos de reunión. Esto ha **obligado a gran parte de las compañías a redefinir sus estrategias, adaptándolas a este nuevo entorno**. Las que no lo han hecho todavía, no tardarán en hacerlo.

La cada vez mayor presencia en redes como Facebook, los canales en Twitter, o los comparadores de seguros son respuestas del Sector a las nuevas demandas del consumidor.

Enfocarse en el cliente, detectar sus necesidades, adaptar los canales de distribución y los medios de comunicación son cuestiones prioritarias dentro de estas estrategias. El cliente se muestra cada vez más exigente, sabe cada vez más de seguros y requiere soluciones ágiles que pueden ser desarrolladas gracias a la tecnología.

Sin embargo, **la tecnología no solo sirve para captar al cliente**. No es solo una herramienta comercial y no puede serlo puesto que el cliente exige atención, información, resolución y agilidad durante todas las fases de su ciclo de relación con su aseguradora. **El cliente exige fundamentalmente soluciones en el momento del siniestro** o de la percepción de la prestación pactada. Es justo eso lo que ha comprado cuando firmó su compromiso con su compañía.

La transformación y la tecnología puede y debe ayudar también en esta fase. Podríamos hablar de la **“transformación tecnológica del siniestro”**. En paralelo a la incorporación de la tecnología con fines de marketing y comerciales, las compañías y mutuas de seguro han de continuar con su esfuerzo en innovación tecnológica para el siniestro. Esto abarca tanto el ámbito relacional con el cliente como la optimización de los procesos de gestión y tramitación. *¿Por qué no utilizar redes sociales para informar y sensibilizar sobre siniestros?, ¿por qué no crear comunidades en las que los asegurados puedan*

informarse sobre la situación de sus siniestros?, ¿cómo aumentar la rapidez y eficacia en los procesos de gestión?, ¿cómo adaptar los procesos y las tecnologías a los requisitos de cada uno de los ramos?, ¿qué nuevas competencias han de desarrollar los tramitadores para adaptarse al nuevo entorno?.

Éstas y muchas más son preguntas a responder por las áreas de siniestros de las compañías, que deben mantener el “endiablado” ritmo de evolución del mercado en el que las áreas comerciales ya han entrado de lleno.

La transparencia informativa en el Seguro: defensores y detractores

Que **el mercado cambia continuamente** es una realidad. Cada vez hay más clientes y usuarios de todo. En el mundo del seguro esto es, si cabe, aún más acusado. Siempre se ha dicho que en España no hay cultura de previsión pero esto va cambiando poco a poco. Incluso la crisis ha contribuido a ello. Cada vez hay un mayor conocimiento por parte de los consumidores tanto sobre los productos y servicios como de los procesos de funcionamiento de las aseguradoras. Este mayor conocimiento se ha ido transformando en un considerable **aumento de los niveles de exigencia** que obliga a las compañías a revisar sus organigramas, conceptos y procesos para atender hasta la más mínima demanda.

Dentro de estos cambios en el mercado y en el comportamiento del consumidor hay uno que, a nuestro juicio, es especialmente relevante por el impacto que tiene y seguirá teniendo en el futuro y en los resultados de negocio. Nos referimos a que *“el consumidor ya no se cree las cosas y punto”*, sino que **demanda y exige información** cada vez más detallada sobre la empresa a la que contrata y sus actividades, sobre su modelo de gestión, sobre sus procesos, sobre lo que compra y sobre los servicios de valor añadido que recibirá.

Teniendo en cuenta que, como respuesta al mercado creciente, ha aumentado también la oferta, el consumidor tiene muchas más alternativas donde elegir su compra. La oferta *“pierde”*, de esta manera, parte de su fuerza frente a la demanda y las empresas necesitan demostrar más cosas que antes para diferenciarse de la competencia.

Ahora, el consumidor *“se permite el lujo”* de solicitar información y pedir explicaciones a las empresas sobre lo que puede esperar, sobre el destino de sus beneficios, sobre las prácticas más íntimas en sus procesos y hasta sobre la *“vida y milagros”* de los fundadores y directivos. El consumidor exige unos niveles de transparencia que nunca antes se habían contemplado. Y *¿qué hacemos, se la damos o no?. Esta es la cuestión.*

La respuesta parece clara. Ante esta realidad, las empresas han comenzado a hacer de la **transparencia informativa** un elemento de **competitividad** y una **ventaja competitiva**. A pesar de las posibles resistencias iniciales, las empresas somos conscientes de la importancia de esta

transparencia en el proceso de decisión de compra. La información genera confianza y la confianza es el principal motivo de compra y de elección de proveedor.

Un caso especial que causa cierta controversia en el sector sobre la **conveniencia o no de proporcionar información puntual es el de los productos de ahorro**. Estos van ligados a inversiones que sufren cambios importantes en la rentabilidad de un mes para otro como consecuencia de un mercado en continuo movimiento. Muchas aseguradoras informan periódicamente sobre la evolución de la rentabilidad de su producto, con lo que los tomadores están al día de la evolución. Esto es transparencia y, en principio, es lógica y positiva. Sin embargo, **muchas veces, cuando baja la rentabilidad, la información supone un elemento de alarma en los clientes**, quienes ven peligrar sus inversiones y comienzan a desconfiar de la calidad de la elección que hicieron. Considerando que el seguro se vende a largo plazo, algunos profesionales defienden que *“lo lógico sería esperar a ver la evolución de los ciclos de rentabilidad y para esto es necesario esperar un periodo mayor de tiempo”*.

¿Es necesaria, por tanto, una información trimestral sobre la rentabilidad o sería suficiente con una información anual?. ¿Hasta dónde llegar con la transparencia?. En el sector hay opiniones para todos los gustos. Si hablas con mediadores, en muchos casos te dirán que *“no es necesario ni siquiera conveniente proporcionar tanta información en un producto de largo plazo”*. Si hablas con algunos departamentos técnicos, defenderán *“la transparencia por encima de todo”* y se mostrarán partidarios de enviar información trimestral.

¿En qué medida aporta la transparencia valor a compañías y asegurados?. El debate está encima de la mesa.

Algunas tendencias globales que afectarán al futuro de los siniestros

La constante evolución tecnológica, las modificaciones en las normativas, los cambios en el comportamiento de los clientes e, incluso, los cambios en las condiciones meteorológicas son algunas de las grandes cuestiones que, sin duda, tendrán un impacto considerable en la situación de los siniestros y su gestión.

No hay duda que **los departamentos de siniestros de las aseguradoras y las organizaciones externas dedicadas a esta función cambiarán sus estructuras y pautas de funcionamiento para adaptarse a los cambios** y mantener los altos niveles de calidad y valor exigidos por el mercado.

Nuevas aplicaciones y tecnologías modificarán la forma actual de operar de los tramitadores, agilizando los procesos y, probablemente, reduciendo los costes de gestión. También, las tecnologías ayudarán a un mayor control del fraude. Por otra parte, será necesario potenciar en los equipos el pensamiento analítico y las habilidades específicas de tramitación puesto que el volumen y la

exactitud de los datos y de la información irá aumentando debido a factores como el uso masivo de sensores y sistemas telemáticos, las redes sociales y su información al instante y los drones y otros sistemas de inspección.

A comienzos de 2016, la división de seguros de **Ernst and Young** realizó un estudio para tratar de comprender mejor **cómo será el futuro de los siniestros a juicio de los profesionales y ejecutivos más involucrados** en esta función (financieros, siniestros, reaseguro, inversiones, etc.). Aunque la investigación se realizó en Estados Unidos, estamos convencidos de que es de aplicación, en su mayor parte, al caso español. Según este estudio, hay cinco tendencias que influirán decisivamente en el futuro de la función de siniestros y que son perfectamente aplicables a nuestra situación local:

- **Reducción del volumen de siniestros:** La frecuencia de siniestros se está reduciendo en muchos ramos debido a los avances tecnológicos y a la utilización masiva de sensores de todo tipo que aumentan la seguridad. Esto se ha puesto de manifiesto no solo en autos, sino también en otros ramos como el hogar.
- **Modernización de la tecnología:** En el futuro, la gran mayoría de los siniestros “pequeños” se gestionarán a través de procesos automatizados. La modernización de las plataformas de siniestros permitirá contar con mayor información, lo que incidirá en una mayor productividad de los equipos de tramitadores.
- **La “revolución del sensor”:** Ya es una realidad que además se incrementará en el futuro la mayor, más cercana y más efectiva monitorización de las casas, los negocios, los coches e, incluso, el comportamiento de las personas. Esto se está traduciendo en un enfoque proactivo hacia la gestión de datos por parte de los equipos de siniestros. Las nuevas fuentes de datos irán destinadas a la prevención de los siniestros y a la gestión de los incidentes. Las aseguradoras tendrán que invertir en seguridad informática para proteger una cantidad cada vez más ingente de información.
- **Explosión digital:** Compañías como Amazon están redefiniendo las expectativas de los clientes en términos de compra, uso, servicio, personalización de productos y eficiencia. Dentro del campo de los siniestros esto se traduce en mejores herramientas de autogestión. El cliente quiere información precisa, transparente y en tiempo real de la situación de sus siniestros. Además, el cliente pide poder realizar por su cuenta muchas de las fases del proceso de tramitación.
- **Mejor gestión del riesgo en las grandes empresas:** Las empresas, especialmente las más grandes, han mejorado considerablemente su gestión de riesgos debido fundamentalmente a las exigencias normativas (incendios, prevención de riesgos, higiene, sanidad, etc.) y a las mejoras tecnológicas. Contar con una mejor gestión del riesgo se traducirá, probablemente, en un menor volumen de siniestros industriales.

¿Época de cambios o cambio de época en el área de siniestros?

Google va a entrar en Seguros. Esta es la noticia sectorial de esta semana. Tal y como afirmaba **Isabel Aguilera**, la directora para España de **Google**, *“la compañía previsiblemente va a hacer seguros. Experimentará, como con otros sectores, y desde ahí comprobará qué le vale y qué no”*. Esto es solo una muestra del enorme cambio en el que está inmerso el sector asegurador.

En una conferencia magistral pronunciada en Esade, habló de los cambios de mercado, de las tendencias y de la necesidad de adaptación. **Un buen diagnóstico con el que estamos de acuerdo.**

Una nueva generación de consumidores (los *millennials*), conectados, conocedores y exigentes, van a decidir el rumbo del mercado durante los próximos años. Esta generación viene marcada fundamentalmente por la utilización de la tecnología para todo, por la exigencia de rapidez y agilidad, por la valoración de la innovación y modernidad y por la preocupación por cuestiones como el medio ambiente o la responsabilidad social corporativa.

Conocer las motivaciones de los nuevos clientes y anticiparse a sus necesidades es uno de los retos de las compañías de todos los sectores. El sector asegurador tiene por delante un camino que ya está y seguirá estando marcado por el cambio y la adaptación. Es el tiempo de los datos, de la tecnología, de los indicadores y del control impecable de la gestión.

El área de desarrollo de negocio ya ha entrado en ello, con implementaciones de soluciones de omnicanalidad, con agilización y mejora de los procesos de selección de riesgos, tarificación, emisión y formalización y con una adaptación de los canales de venta al mercado.

Sin embargo no es solo la función comercial la que se encuentra afectada por los cambios de mercado y, por tanto, la que debe cambiar para adaptarse. **El cambio afecta de lleno al área de siniestros en el sector asegurador.**

La tecnología, de la que hemos hablado antes, tiene un carácter global y se demanda a la hora de realizar todo tipo de transacciones. Declarar un siniestro, acceder a la información sobre el estado de situación del expediente o liquidar por internet son cuestiones que, sin duda, serán generalizadas en un futuro próximo. De hecho, ya se ven avances en este sentido. La tecnología es necesaria, además, para la propia mejora de los procesos internos de gestión de carteras.

Aprender de la experiencia, adaptando procedimientos de tramitación, es hoy más importante que nunca. Agilizar los plazos, controlar los datos e indicadores y mejorar continuamente, contribuye directamente a los resultados de las cuentas de explotación de siniestros.

Depurar las carteras de siniestros existentes en la actualidad para liberar cargas de trabajo que permitan acometer el cambio es también una de las cuestiones que, en muchas compañías, se convierte en prioridad. Implementar nuevos sistemas implica terminar en paralelo con carteras que están aún gestionadas con los antiguos sistemas.

Alinear los nuevos procesos y herramientas de las compañías con los de las reaseguradoras que dan cobertura a las carteras constituirá otra línea de actuación, de la misma manera que alinear los procedimientos y herramientas de **otros “terceros implicados” como reparadores, compañías de asistencia o gestores externos.**

Reciclar, a través de formación, al personal de los departamentos de siniestros para capacitarles en la adopción del cambio será, además, la única vía posible para acometer el cambio necesario. Al fin y al cabo, son las personas las que habrán de actuar.

Y muchas más cuestiones que se podrían abordar. Con este panorama, lo cierto es que aseguradoras, reaseguradoras, mediadores, socios tecnológicos, gestores externos de siniestros, despachos jurídicos, reparadores, compañías de asistencia, clínicas y cualquier otra figura relacionada con el mundo del siniestro, tendremos que actuar conjuntamente y de forma alineada para posibilitar una renovación, adaptación e innovación a la altura de las exigencias del mercado.

¿Realmente va a aumentar la frecuencia en autos?

Como todos sabemos, el negocio del seguro de automóviles lleva varios años instalado en una verdadera guerra de precios. Obviamente, la guerra es a la baja. En este tiempo nos hemos habituado a las reducciones de prima por pertenecer a éste o a aquél grupo, a las ofertas 2x1, a negociar reducciones de prima antes de la renovación... En fin, a que los clientes consigan todo tipo de ventajas con tal de que se queden. El precio ha sido un factor fundamental para la retención de clientes.

Esta situación, no se escapa a nadie, puede dar lugar a situaciones de infratarificación y a la consiguiente generación de carteras en pérdidas. Hasta la fecha la situación ha sido soportable debido a una reducción de coberturas y a la efectiva reducción de la siniestralidad que ha permitido soportar, mal que bien, el actual nivel de las primas. Pero en nuestro mercado se ha instalado el *run run* de una pregunta que se formula a media voz:

¿Quién aguantará cuando la siniestralidad repunte?

La siniestralidad en automóviles puede aumentar por dos razones: un incremento de los costes medios y un aumento de la frecuencia. Ahora nos vamos a centrar en ese previsible aumento de frecuencia del que todos hablan y que casi todos ligan a la posible mejora de la situación económica (les sugiero tecleen en google news “salida de la crisis” y lean las noticias sin arquear las cejas). Hay una serie de factores que, según los expertos, han contribuido a la reducción de la siniestralidad de los últimos años. Veamos si una eventual salida de la crisis hará que esos factores contribuyan a aumentarla. Además, hay otros factores que, ligados a una mejora de la economía, más que aumentar la frecuencia, pueden ayudar a reducirla:

1. **La implantación del carnet por puntos:** realmente no parece que una salida de la crisis vaya a mover al legislador a reconsiderar esta medida que tanto ha contribuido a una reducción de siniestralidad.
2. **Mejora de las vías de comunicación:** la mejora de las vías de comunicación en tiempos de bonanza contribuyó a una reducción de la frecuencia de siniestros. Pero una vez metidos de lleno en la crisis se ha constatado una reducción de fondos para reparación y mantenimiento de vías: por lo tanto, si a algo pudo contribuir la crisis fue a un aumento de la frecuencia, no a su reducción. Pensamos por ello que una eventual salida de la crisis y el paralelo aumento de la inversión en carreteras no contribuirá a aumentar la frecuencia sino a todo lo contrario.
3. **Mantenimiento del vehículo:** una clara consecuencia de la crisis fue también el aumento de la frecuencia derivado del defectuoso mantenimiento de los vehículos (prueba de ello es que ya no nos sorprende la venta de neumáticos de segunda mano). Por tanto, una eventual mejora de la economía y un consiguiente aumento de la inversión en el mantenimiento y renovación de los vehículos incidirá también en reducir la frecuencia. Además, es previsible que tengan algún efecto de reducción de siniestralidad las medidas que se vienen apuntando para tratar de retirar de la circulación los vehículos que, a consecuencia de la crisis, circulan sin haber pasado la ITV.
4. **Reducción del uso del vehículo:** en tiempos de crisis los asegurados utilizan menos el vehículo y, al estar menos expuestos al riesgo, reducen la frecuencia con que tienen accidentes. Esto se ha detectado tanto en el uso particular como comercial del vehículo. Este factor sí puede llevar a un aumento de la frecuencia con la salida de la crisis. No obstante, si se generalizasen en el futuro los sistemas de tarificación en función del seguimiento del uso del vehículo (“*pay as you drive*” y similares), un aumento del uso debería llevar a un proporcional incremento de primas y, por tanto, a que la siniestralidad no aumente en aquellas aseguradoras que apliquen tales métodos de tarificación.
5. **Mayor contratación de seguros a todo riesgo y eliminación de franquicias:** en tiempos de crisis, los tomadores optaron por reducir las primas mediante la eliminación de coberturas (en especial la de daños propios, mal llamada “todo riesgo”) y la introducción de franquicias. Se supone que una mejora de la economía moverá a muchos de esos tomadores a recuperar parte de su anterior nivel de cobertura, recuperando garantías no contratadas y reduciendo o eliminando las franquicias. En efecto este escenario aumentaría la frecuencia de siniestros pero no debe afectar a la siniestralidad ya que el aumento de garantías debería llevar a un paralelo incremento de las primas. El ratio de siniestralidad, que compara el coste de los siniestros con las primas, no debería verse afectado.

En definitiva, permítanme que sea tan escéptico con un inminente aumento de frecuencia como muchos lo son en relación con la propia salida de la crisis (dediquen unos minutos a leer lo que aparece cuando se teclea “salida de la crisis” en google y, si realmente quieren pasar un rato entretenido, escriban junto a esa frase las palabras “falacia” o “tomadura de pelo”).

Si a alguien se le ocurren más razones por las que en fechas cercanas puede producirse el temido incremento de la frecuencia, se agradecerán sus aportaciones

La guerra de precios en el seguro: un arma de doble filo

En los tiempos de crisis que corren en nuestro país, el sector asegurador no escapa de la situación.

Por eso las compañías tienen que buscar nuevas estrategias para **captar nuevos clientes y mantener la cartera existente**, ampliando coberturas y adaptándolas a los tiempos.

Para captar nuevos clientes, las Compañías están utilizando muchas acciones de marketing (anuncios en tv, internet, publicidad etc.) y otras se ven obligadas a acometer un juego peligroso: **“la guerra de precios”**, es decir, la bajada de la prima del seguro a cambio de ganar volumen de cartera o, al menos, no perderlo. Muchas veces sin poder tasar adecuadamente los riesgos que se aseguran.

Estas nuevas estrategias, favorecidas por el uso de Internet, están cambiando el mundo del seguro.

Todos somos conscientes de que **lo importante es crecer, pero no de cualquier forma ni a cualquier precio**: si se reducen las primas pero la frecuencia siniestral no baja y si los costes medios son cada día más elevados, esto puede desembocar en un grave problema futuro. De momento hay liquidez pero a la larga eso puede ser un arma de doble filo.

Muchos profesionales del sector están en contra de esta política de precios y creen que las tarifas han tocado fondo o deberían tocarlo. Más aún cuando las indemnizaciones por daños personales pueden verse incrementadas con la entrada del nuevo baremo de indemnizaciones.

En lo que respecta a los asegurados, esta “guerra de precios” de momento les beneficia, pero hay que tener mucho cuidado cuando se asegura un riesgo porque, además de mirar el precio final hay que tener en cuenta otros aspectos, tales como la calidad y amplitud de las coberturas que se obtienen. **El cliente debería leer detenidamente la letra pequeña de las pólizas para que el precio obtenido no le procure alguna sorpresa desagradable** cuando ocurra el siniestro.

Por todo ello lo aconsejable es comparar varias ofertas antes de asegurar su riesgo, pero valorando detenidamente las coberturas y condiciones que ofrece cada una y no guiándose exclusivamente por el precio final porque, siendo importante ahorrar dinero al contratar la póliza, no se debe perder calidad ni servicios.

Está claro que, **tanto para las compañías como para los asegurados, el precio debe situarse en el nivel adecuado para que se pueda cumplir con el viejo lema de una negociación equilibrada: win – win**. El nivel óptimo de precio es el que permite al asegurado tener la garantía y confianza total en que está protegido con su póliza y a la compañía obtener los márgenes de rentabilidad que le permitan continuar con el proyecto empresarial.

Siniestro poco documentado, siniestro de riesgo

El olfato es uno de los sentidos que más ayudan a muchos animales para descubrir pistas que les permitan conseguir alimentos y evitar peligros. Olfatear el entorno para evitar riesgos y conocer en profundidad donde se mueven es un aspecto clave para ellos.

Pues lo mismo sucede en la gestión de siniestros. **Olfatear todos los detalles para conocer bien las circunstancias, decidir la cobertura y prever las posibles implicaciones es algo que los tramitadores deben incluir en su práctica diaria.** Preguntas como ¿está cubierto en la póliza?, ¿es responsable el asegurado?, ¿qué otras partes están implicadas?, ¿cuáles son los daños?, ¿hay aseguradora contraria? y muchas otras, se deben formular al comienzo de la gestión de un expediente. **Conocer hasta el más mínimo detalle del siniestro resulta crucial para una adecuada gestión** y resolución del mismo que resulte satisfactoria para todas las partes.

Cualquier error u omisión en el análisis de la información puede suponer problemas de muchos tipos y el tramitador no está exento de responsabilidad por lo que pueda provocar una posible falta de diligencia. **Los errores en la gestión pueden llevar a excesos de pago e, incluso, a procesos judiciales innecesarios.**

De entre todos los **errores** que se pueden cometer, hay uno que nos parece extremadamente crítico puesto que de él dependen todas las fases y decisiones que estarán presentes durante la gestión del expediente: **Revisar la documentación del siniestro con poco cuidado.**

El tramitador ha de revisar y asegurar hasta el más mínimo detalle del siniestro y sus circunstancias. Las primeras fases en una tramitación de siniestros son la investigación, la evaluación y la decisión sobre si está o no cubierto. Y, ¿cómo garantizar que estas se realiza adecuadamente?

Por nuestra experiencia trabajando con compañías, **la mayor parte de las veces los expedientes de siniestros están muy bien documentados**, con todo lo necesario para una excelente gestión, **pero hay un porcentaje de ellos que presentan problemas de documentación.** O bien es insuficiente, o falta algún documento importante o no resulta consistente. La realidad es que, en ocasiones, se ha dado cobertura a siniestros sin todo el análisis y la documentación necesaria. El tramitador ha pensado, a veces, de la siguiente forma: *“Bien, si hay póliza, debe estar cubierto”*. Y, esto, como todos sabemos, no es siempre así. Es necesaria una exhaustiva investigación y cada póliza y casuística es diferente.

Relacionado con esto y a modo de ejemplo, en algunos expedientes de siniestros se puede leer algo como *“el agente confirmó la cobertura”* y esto ha sido la base para gestionar. Lo cierto es que confirmar la cobertura no es el trabajo del mediador, sino del tramitador, por lo que es necesario asegurarse uno mismo de las circunstancias del siniestro para tomar la decisión de pago. **Los tramitadores tenemos que investigar, analizar y decidir, nunca asumir premisas que no comprobemos.**

Para todo esto, identificar qué documentación es necesaria, conseguirla, analizarla y obtener conclusiones reflexionadas y detalladas ayuda mucho a optimizar la adecuada gestión de los expedientes. Contar con sistemas de gestión documental y, sobre todo, con

tramitadores sensibilizados y preparados para la gestión de la documentación es un punto crítico en la rentabilidad técnica de las aseguradoras.

¿Por qué víctimas y perjudicados contratan los servicios de un abogado?

Todos venimos observando en la práctica el incremento del número de siniestros con daños personales en los que víctimas y perjudicados realizan su reclamación bajo la dirección de un abogado. En España no existen estadísticas fiables que nos permitan conocer los **motivos** pero, a la vista de lo que uno escucha y de lo que a uno le cuentan desde ambos lados de la mesa, **los principales suelen ser los siguientes, en palabras de los propios interesados:**

- *Para reparar adecuadamente las pruebas que me permitirán percibir una indemnización más elevada*
- *Para conseguir cierto plano de igualdad a la hora de negociar con los profesionales que asisten a las Entidades Aseguradoras*
- *Porque el proceso de liquidación de la indemnización se estaba prolongando en exceso y, al no tener una solución, pensé que la intervención de un abogado lo agilizaría*
- *Porque existe un proceso legal en el que es preceptiva la intervención de abogado o cuya complejidad lo aconseja*
- *Porque los costes de contratación de un abogado se compensan con creces con el incremento de indemnización que se consigue gracias a su intervención*
- *Porque el seguro de defensa jurídica que tengo contratado hace que los costes de mi abogado sean mucho más reducidos o inexistentes*

Naturalmente lo anterior carece de rigor pero creemos que cualquier lector mínimamente introducido en el mundillo asegurador puede constatar si estamos en lo cierto.

A fin de contrastar nuestras conclusiones y proporcionar algunos datos para la reflexión, nos referiremos a continuación a una **encuesta realizada en Estados Unidos en 2016 por el “Insurance Research Council”**, en la que un determinado número de personas que había contratado un abogado para dirigir su reclamación frente a la aseguradora explicaba sus motivos:

1. Un conocido me sugirió que hablase con un abogado	33%
2. Mi intención era conseguir la mayor indemnización posible	22%
3. Mi médico me sugirió que hablase con un abogado	16%
4. Estaba insatisfecho con la demora de la aseguradora en liquidar la indemnización	15%
5. Vi publicidad de unos abogados	13%
6. Estaba insatisfecho con la indemnización que me ofreció la aseguradora	10%
7. La parte contraria carecía de seguro	9%
8. Mi seguro decía que el siniestro no estaba cubierto	8%
9. Un abogado se puso directamente en contacto conmigo	7%
10. Tuve problemas con las coberturas de seguro del vehículo alquilado	5%

Los lectores habrán advertido que el total suma más del 100%. Esto se debe a que los encuestados podían, si querían, aducir más de un motivo para haber contratado un abogado.

Aunque todas las respuestas nos parecen comprensibles, llaman especialmente la atención los números 2 y 6, que parecen atribuir a los reclamantes la idea de que, si no reclaman con el asesoramiento de un abogado, las aseguradoras les van a pagar menos de lo que deben; la número 3, en la que es el médico quien directamente sugiere que ponga la reclamación en manos de un abogado (cabría pensar si en Estados Unidos ese médico tendrá algún tipo de relación, más o menos confesable, con un determinado abogado); y la número 9, en la que un abogado se pone directamente en contacto con el perjudicado, imaginamos que porque alguien le ha informado sobre la existencia de un perjudicado y la posible necesidad de sus servicios. A propósito de esos “avisadores”, en un próximo artículo de nuestro blog hablaremos sobre los llamados “cazadores de ambulancias”.

Solvencia II contada con sencillez

Llevamos años, tal vez lustros, a vueltas con la denominada regulación de Solvencia II. Casi todos creemos saber de qué se trata pero tal vez muchos echemos de menos que nos lo expliquen, acaso una sola vez, con sencillez. Por intentarlo que no quede.

En una frase, la regulación de Solvencia II se trata en una directiva del Parlamento Europeo (2009/138/EC) que persigue armonizar la regulación que cuantifica los requisitos de capital de las aseguradoras - y otros controles del riesgo - con objeto de **reducir el riesgo de insolvencia de las compañías aseguradoras**.

Esta regulación se divide en tres grandes áreas, a las que llaman “Pilares”:

- **Pilar 1: Requisitos Cuantitativos (se cuantifica el capital necesario)**

Esta sección contiene los cálculos del capital que necesitaría una compañía para garantizar que en los siguientes 12 meses va a ser solvente con una probabilidad del 99,5%. A esto se le llama **SCR** (Solvency Capital Requirement). Si la aseguradora/reaseguradora no alcanza ese capital, puede ser intervenida y forzada a tomar medidas de corrección.

Para cuantificar el SCR se puede utilizar un modelo estándar o desarrollar uno propio que tendría que superar los requisitos del supervisor de seguros (DGSFP en nuestro caso).

Por debajo de ese nivel se establece un nivel más bajo al que se llama **MCR** (Minimum Capital Requirement). Si la aseguradora se situase por debajo de dicho capital se supone que no le es posible garantizar la cobertura de los riesgos que facilita en las pólizas. Por tanto, si no se alcanza, se le prohíbe vender una sola póliza.

Por explicarlo de forma elocuente digamos que hasta la fecha los requisitos de capital se vinculan al “**qué**”: básicamente, a los ramos o tipos de riesgos con los que opere la aseguradora. En cambio, con la introducción de solvencia II el capital requerido se vincula al “**cómo**”: a los riesgos que se asumen y a la forma en que dichos riesgos se gestionan, se retienen o se ceden (y a quién), se distribuyen, se concentran, se dispersan, a la calidad del capital que se dedica a garantizarlos y a su volatilidad.

- **Pilar 2: Requisitos Cualitativos (se describe el proceso de supervisión)**

Aquí se trata sobre el proceso de identificación, control, seguimiento y capacidad de gestión de esos riesgos, de manera que se pueda garantizar no sólo la solvencia del año que viene, sino “en todo momento” (en el medio-largo plazo) Es decir, aunque se tenga en el balance el importe de capital requerido (SCR), también se debe garantizar que se tiene el negocio controlado, que se conocen los riesgos que le afectan y que pueden ser gestionados adecuadamente.

Todo esto tiene que ser explicado en un informe, al que llaman **FLAOR** (Forward Looking Assesment of Own Risk), que deberá ser aprobado por el Consejo de la Entidad.

- **Pilar 3: Obligaciones de información (se pretende la transparencia de mercado)**

Este punto recoge los requisitos de información, tanto al público en general como al supervisor (DGSFP). Aparte de la información contable, en la pública se añade un informe sobre la situación financiera y de solvencia: **SFCR** (Solvency & Financial Condition Report).

Además de la información que debe ofrecerse al público, el supervisor requiere otros informes, tales como el Informe Regular de Supervisión (**RSR**) y unos Modelos Cuantitativos o **QRT** (Quantitative Report Template) que deben presentarse anual y trimestralmente al supervisor y, en algunos casos, también al mercado.

Solvencia II: El momento de la puesta en marcha

¿Cuáles serán los impactos reales de la aplicación de Solvencia II?

Después de muchos cambios de fecha para la implantación de **Solvencia II**, por fin, el pasado 1 de enero de 2016, se ha puesto en marcha la nueva normativa europea de Solvencia II (Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y Del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio, Solvencia II), encaminada a **mejorar la protección de tomadores y beneficiarios de seguros ante las empresas de seguros y de reaseguros**.

Esta nueva normativa surge a raíz de los cambios producidos en materia de gestión de riesgos, lo cual ha evidenciado la necesidad de introducir normas específicas de valoración de los activos y pasivos.

La normativa de Solvencia II establece unos requisitos cuantitativos y cualitativos y para poder analizarlos se han diferenciado tres pilares:

- **Pilar I: Medida de activos, pasivos y capital:** valoración y capital obligatorio basado en el riesgo. Cuantificación de riesgos.
- **Pilar II: Proceso de supervisión:** mejora de la gobernanza. Cualificación y evaluación de los riesgos.
- **Pilar III: Requerimientos de transparencia:** mayor transparencia. Divulgación y transmisión de informaciones a los clientes y a los entes reguladores.

El **Pilar I** se fundamenta en el **capital de solvencia obligatorio**. El capital de solvencia pretende reflejar un nivel de fondos propios (recursos económicos provenientes de las aportaciones de los socios o de la acumulación de recursos económicos generados en la propia empresa, conocido como autofinanciación) admisibles tal que permitan a las empresas de seguros y de reaseguros absorber pérdidas significativas y conseguir la confianza de los asegurados de que se efectuaran los pagos al vencimiento.

Desde **EIOPA** (Autoridad Europea de Seguros y Planes de Pensiones) se ha elaborado una **formula estándar** para poder calcularlo. Con esta fórmula se pretende unificar y permitir la comparación entre empresas de seguros y reaseguros de la Comunidad Europea. La fórmula estándar puede adecuarse a cada aseguradora, ya que se permite la posibilidad de elaborar modelos internos completos o parciales para el cálculo del capital de solvencia. Estos modelos internos están sujetos a la aprobación previa por parte de las autoridades de supervisión para ver que se ajustan a los procesos y normas armonizados.

Hasta la entrada en vigor el 1 de enero de la normativa de solvencia, la aseguradoras se han centrado principalmente en implantar procesos y controles para poder evaluar, gestionar y controlar sus riesgos y así cumplir los requisitos que establece solvencia. Todo ello se recoge en el **Pilar II**, es el pilar fundamental ya que en él confluyen los principios fundamentales de Solvencia II

Toda la metodología que hay dentro del Pilar II va encaminada a conseguir un sistema de gobernanza más eficaz, para lo cual se han establecido una serie de requisitos esenciales que deben desarrollar las aseguradoras:

- Gestión de riesgos
- Evaluación interna de los riesgos y de la solvencia (Own risk and Solvency Assessment-ORSA)
- Control interno
- Auditoría interna
- Función actuarial
- Externalización

El último aspecto sobre el que se trata en la directiva de Solvencia II es la transparencia. A través del **Pilar III** se especifican todos los requisitos destinados a establecer un sistema con una mayor transparencia y comparabilidad. Estos requisitos se han concentrado en la definición del concepto de **provisiones técnicas**.

Las provisiones técnicas representan el valor que tendría que pagar una empresa de seguros o de reaseguros si transfiriera de manera inmediata todas sus obligaciones y derechos contractuales a otra entidad. Para el cálculo es conveniente utilizar únicamente información relativa a la gestión de siniestros y los gastos correspondientes. Con esa información se conseguirá reflejar mejor las características de la cartera de seguros subyacente.

En definitiva el ente supervisor, en nuestro caso la DGSFP, será el encargado de verificar que se están aplicando correctamente los requisitos establecidos por la Comisión Europea, los cuales deben ser coherentes con los **proyectos de normas técnicas de ejecución (ITS)** elaborados por EIOPA.

Para comprobar la eficacia de la nueva normativa y valorar cómo repercute en los asegurados debemos esperar unos meses para saber cómo va avanzando la adecuación de las empresas de seguros a estos ITS y cómo internalizan toda la teoría de Solvencia II en el propio funcionamiento de la compañía aseguradora.

En ese momento podremos valorar si Solvencia II ha permitido armonizar a las empresas de seguros y reaseguros en la Comunidad Europea, lo cual conllevará una mayor comparabilidad y transparencia.

Apuntes sobre el seguro de accidentes

¿Qué se entiende? ¿Qué es lo que se encuentra cubierto en una póliza relativa a un seguro de accidentes? Situación del Infarto de Miocardio. Clasificación del denominado seguro de accidentes. Reflexiones en relación al Seguro Colectivo de Accidentes para Federaciones Deportivas.

La tramitación de un siniestro relativo a un seguro de accidentes siempre ha sido una cuestión controvertida cuando lo que se pretende es aplicar estrictamente lo establecido en el art. 100 de la Ley de Contrato de Seguro. El mencionado articulado establece lo que se entiende por un accidente cubierto por la póliza y es todo aquel cuya lesión corporal deriva de una causa violenta (caídas, golpes, impactos, colisiones, etc.), súbita (imprevista), externa (que suponga la intervención de un agente o circunstancia *ajena*) y ajena al asegurado (en el caso de que el asegurado provoque intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación), que produce invalidez temporal, invalidez permanente o muerte.

Las garantías se establecen en función de las necesidades particulares de cada caso, y aunque es un seguro autónomo, puede incluirse como garantía complementaria en otros seguros (automóviles, multirriesgo, responsabilidad civil..).

Las garantías que pueden incluirse en una póliza de accidentes pueden ser, entre otras:

- **Muerte:** se pagará el 100 % del capital asegurado en la póliza si se produce el fallecimiento del asegurado.
- **Invalidez permanente:**
 - Absoluta y total: se pagará el 100 % del capital si se produce una incapacidad absoluta y total.
 - Parcial: se pagará la pérdida de algunos miembros o la disminución funcional de los mismos, que sin constituir una invalidez total, representen una merma física permanente.
 - Incapacidad temporal: se pacta el pago de una cantidad diaria por estar de baja y no poder trabajar. Como norma general el máximo será de un año, pero hay aseguradoras que amplían este límite temporal.
 - Asistencia médica: se puede disponer de un capital destinado a sufragar los gastos médicos, farmacéuticos y de hospitalización, hasta la suma fijada en la póliza.
 - Subsidio diario por hospitalización: se puede pactar para el caso que el accidente requiera hospitalización. Conlleva una pequeña sobreprima.

Una vez centrada la teoría del denominado seguro de accidentes, ésta deviene controvertida porque las pólizas configuran cuidadosamente el riesgo cubierto mediante un sistema de delimitaciones, principalmente causales, que se acuerdan en el contrato, ya que el propio art. 100 de

la LCS lo permite cuando indica “Sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes efectúen en el contrato”.

Hablamos exclusivamente de accidente y no de enfermedad común. Es importante no confundirlo porque según sea su origen (causa que lo desencadena) supondrá su calificación en un sentido u otro y se acogerá dentro de la cobertura de un seguro de accidentes o dentro de un seguro de enfermedad, según corresponda.

El **infarto de miocardio** ha sido tradicionalmente una de las cuestiones que más debate ha suscitado por su consideración, o no, de accidente. Son diversas las posiciones que actualmente se mantienen:

- Los que niegan su calificación de accidente, por entender que carece del carácter externo exigido por la definición legal, pues entienden que es consecuencia del desarrollo interno de una enfermedad cuya última manifestación es el infarto.
- Los que lo aceptan, pero no desean indemnizarlo y por ello lo excluyen expresamente de la cobertura. El Tribunal Supremo ya admitió como evento causante del infarto el estrés como algo externo e inmediato.
- Los que no lo excluyen de la cobertura. Si en ese caso el asegurado sufre un infarto que es calificado como accidente por deberse a una causa súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado deberá indemnizar.

Los seguros de accidentes pueden ser individuales o referirse a un colectivo; anuales o temporales (por ejemplo, por la duración de un viaje); suscritos por cuenta propia o por cuenta ajena; voluntarios u obligatorios (seguro escolar, seguro obligatorio de viajeros); referido a cualquier actividad o específico (para una determinada actividad de riesgo); y por último la clasificación más usual es la que distingue a los seguros de accidentes de trabajo frente a los no laborales u ordinarios.

En relación con la clasificación anterior querría hacer una reflexión dentro del **seguro colectivo de accidentes de las Federaciones y Asociaciones deportivas**. En estas pólizas concurren la necesidad de aseguramiento de un gran número de personas que ejercen una determinada actividad deportiva y la conveniencia de que la prima sea ajustada y no excesiva, y aun así, que el servicio a prestar a los federados después de hecho generador, sea excelente.

Todo ello sólo es posible si las pólizas que sustentan el negocio son suficientemente claras y no dejan lugar a dudas sobre su cobertura, especialmente en lo que se refiere a la exclusión de las lesiones cuyo origen no sea accidental. **Una buena [gestión de los siniestros](#) de este tipo implica agilidad en la determinación del origen del siniestro para establecer rápida y claramente la aceptación o rehúse.** En este sentido, una eficiente intervención de la asesoría médica resulta indispensable.

En definitiva es un seguro que garantiza riesgos sobre las personas y como tal puede cubrir todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado, pudiendo incluir también los gastos derivados de tales eventos. **La correcta definición del concepto de accidente y una rápida averiguación de las circunstancias del posible siniestro determinarán qué riesgos deben ser asumidos por el asegurador** bajo el concepto de causa súbita, externa y ajena a la voluntad del asegurado y con qué extensión deben soportarse sus consecuencias.

El seguro de transportes. Responsabilidad y recobro (parte I)

El marco legal que regula los contratos de transporte de mercancías está compuesto por distintos tipos de normas, convenios o protocolos que se aplican según sea el medio de transporte utilizado, aéreo, marítimo, ferroviario o terrestre, combinación de más de uno de ellos o según sea el transporte nacional o internacional.

Responsabilidad

El objeto del presente artículo es analizar los **supuestos de responsabilidad del transportista o porteador** ante una pérdida total, parcial, avería y/o retraso en la mercancía por la que aquél se obliga, a cambio de un precio, a trasladarla de un lugar a otro y ponerla a disposición de la persona designada en el contrato.

El principio consagrado es el de responsabilidad por culpa del porteador, con **inversión de la carga de la prueba**. Es decir, se presume que el porteador es responsable en la medida en que se produzcan daños en las mercancías transportadas, por lo que es éste quien tendrá que demostrar que el daño no es responsabilidad suya sino que ha sido causado por una serie de circunstancias no imputables a él, como pueden ser caso fortuito, fuerza mayor, vicios propios de la mercancía, etc.

Durante ese traslado, si se considerara que existe responsabilidad del transportista, a éste se le puede reclamar una indemnización que se calcula en función del valor de la mercancía pérdida, dañada o del perjuicio que se haya ocasionado por el simple retraso en la entrega, pero siempre hasta un tope o límite de indemnización, que es diferente en función del medio de transporte y convenio o legislación aplicable.

Para realizar los cálculos se tienen en cuenta, a nivel internacional, un indicador denominado **DEG (derecho especial de giro)**, que es como una moneda financiera artificial (que no existe físicamente), que lo constituye o representa una cesta de cuatro monedas internacionales fundamentales, el dólar de EE.UU., el euro, la libra esterlina y el yen japonés o a nivel nacional, el llamado I.P.R.E.M (indicador publico renta efectos múltiples-), un índice que nació en el 2004 en España como análogo al SMI (salario mínimo interprofesional) pero referente para cualquier efecto distinto al ámbito laboral.

Como podemos comprobar, DEG, IPREM, parecen unas siglas bastante complejas y lejanas, básicamente porque no son unos referentes fijos sino que son variables, por lo que algo que podía ser sencillo, no lo es.

Diferenciaré los límites de indemnización según el tipo de transporte y según sea éste nacional o internacional.

1/ responsabilidad en el transporte de mercancías por carretera

- **NACIONAL:** Rige como marco legal la Ley 15/2009 del contrato de transporte terrestre de mercancías, concretamente en su artículo 57.1. El límite de indemnización por pérdidas o averías se calcula aplicando 1/3 IPREM/día por kg. (el valor del IPREM se publica cada año en la ley de presupuestos generales del estado). Actualmente representa aproximadamente unos 5,92 euros por kg.
- **INTERNACIONAL:** Es de aplicación el Convenio relativo al contrato de transporte internacional de mercancías por carretera, del 19 mayo de 1956, denominado “Convenio CMR”, donde en el artículo 23, apartado 3, se especifica que la indemnización no podrá exceder de 8,33 “unidades de cuenta” o “DEG” por kilogramo bruto que faltare de mercancía dañada o pérdida.

2/ responsabilidad en el transporte aéreo de mercancías

- **NACIONAL:** El artículo 118 de la Ley 48/1960, de 21 de julio, de Navegación Aérea, y artículo 3 del Real Decreto 37/2001, de 19 de enero, por el que se actualizó la cuantía de las indemnizaciones por daños previstos en la Ley, establece 17 DEG por kilogramo de peso bruto.
- **INTERNACIONAL:** El artículo 22.3 del convenio de Varsovia en la redacción dada por el Convenio de Montreal de 28 de mayo de 1999), en la revisión hecha por el CSC (Cargo Services Conference), el 11 de diciembre de 2009, establece 19 DEG por kilogramo.

3/ responsabilidad en el transporte marítimo de mercancías

- **NACIONAL:** La Ley 14/2014 de navegación marítima nos da dos opciones: 666.67 DEG por bruto o unidad o 2 DEG por kilogramo de peso bruto de las mercancías pérdidas o dañadas, aplicándose el límite más elevado.

- **INTERNACIONAL:** Existen distintos convenios aplicables:

Es de aplicación mayoritaria el marco jurídico conocido como “Reglas de la Haya-Visby” , normas sujetas al Convenio de Bruselas de 1924, Protocolo de Visby 1968 y Protocolo de Bruselas 1979 donde se establece : 666.67 DEG por bulto o unidad o 2 DEG por kilogramo de peso bruto de las mercancías perdidas o dañadas, aplicándose el límite más elevado.

O el marco jurídico sujeto a las Reglas de Hamburgo donde se indica como límite del transportista: la mayor de las siguientes , o 835 DEG por bulto o unidad o 2.5 DEG por kilogramo de peso bruto de las mercancías perdidas o dañadas, según artículo 6.1 del

Convenio de las NN.UU. sobre Transporte Marítimo de Mercancías o Reglas de Hamburgo, de 31 de marzo de 1978).

El seguro de transportes. Responsabilidad y recobro (parte II)

Continuamos con el monográfico sobre normas, responsabilidades, siniestros y recobros en los seguros de transportes iniciados en el post anterior. En el presente artículo se terminan de analizar las responsabilidades en los diferentes tipos de transporte y se comentan algunas cuestiones de interés sobre el recobro en este tipo de seguros.

4/ responsabilidad en el transporte de mercancías por ferrocarril

- **NACIONAL:** Rige el mismo marco legal que para el transporte terrestre de mercancías, y el límite de indemnización por pérdidas o averías, conforme comentamos anteriormente, se calcula aplicando 1/3 IPREM/día por kg. Actualmente representa unos 5,92 euros por kg.
- **INTERNACIONAL:** Es de aplicación el Protocolo elaborado en Vilna el 3 de junio de 1999, también denominado "**Protocolo de Vilna**", publicado en el BOE de 23 de junio de 2006, especificando el límite por pérdida y avería: 17 DEG/kg bruto. El retraso en la entrega sería 4 veces el precio del transporte.

5/ responsabilidad en el transporte multimodal

El Transporte multimodal es aquél que se traduce en un contrato único de transportes por el que al menos hay dos medios diferentes de transporte utilizados. No existe un marco jurídico uniforme, aunque podemos citar estos dos convenios:

a) **Convenio de Ginebra.** No está en vigor por falta de ratificaciones, pero puede ser aplicable por voluntad de las partes. Especifica estos límites:

- Pérdida y avería (si hay tramo marítimo): 920 DEG/bulto ó 2,75 DEG/kg bruto, la cantidad que resulte mayor.
- Pérdida y avería (si no hay tramo marítimo): 8,33 DEG/kg bruto.
- Retraso en la entrega: 2,5 veces el precio del transporte.

b) Reglas de la UNCTAD y la CCI relativas a los documentos de transporte multimodal de 1991, "**Reglas UNCTAD/CCI**", especifica los siguientes límites:

- Pérdida y avería (si hay tramo marítimo): 666,67 DEG/bulto ó 2 DEG/ kg bruto (la cantidad que resulte mayor siendo aplicable la regla del contenedor).
- Pérdida y avería (si no hay tramo marítimo): 8,33 DEG/kg bruto.
- Retraso en la entrega: precio del transporte.

Los límites expuestos en todas estas modalidades y supuestos deben entenderse como generales y salvo excepciones operan como verdaderos límites cuantitativos o topes de indemnización en el caso de existir responsabilidad del transportista. Este techo pudiera no alcanzarse, si la mercancía vale menos. Por ej. Si se transportan melones y se pierden todos ellos, no se indemnizarán a razón de los 5,92 € /kg, si se tratara de un transporte por carretera nacional, sino a su valor real. Tampoco alcanza estos límites, en el caso de dolo, o declaración de valor o de interés especial.

En los casos de retraso en la entrega en los transportes nacionales, lo que se indemniza no es el valor real (no tendría sentido ya que la mercancía aunque tarde ha podido llegar íntegra y en óptimas condiciones), sino que una vez probado el perjuicio causado por ese retraso, se indemnizaría una cuantía igual al precio del transporte. En el transporte internacional, como hemos visto, vuelve a haber diferencias en la cuantía indemnizatoria según la modalidad utilizada.

Indicar que todas las normas aplicables establecen unas causas comunes de exoneración de responsabilidad del transportista, como pueden ser la fuerza mayor, el caso fortuito o los vicios propios de la mercancía. Por contra, en caso de dolo o de existir declaración de valor, se podría reclamar la totalidad del daño y no operarían los límites de indemnización indicados.

La acción de recobro

Una vez que el asegurador ha pagado la indemnización al beneficiario o titular de la mercancía en virtud del contrato suscrito, ejercerá los derechos y acciones que le hubieren correspondido al asegurado y ello en virtud del artículo 43 de la Ley de Contrato de Seguro, contra el responsable del transporte. Sería la denominada **acción de subrogación**, a través de la cual el asegurador se obliga por medio del seguro de transportes a indemnizar al propietario por la pérdida sufrida en la mercancía, subrogándose en las acciones que aquél pueda tener contra el porteador responsable, nacidas del contrato de transporte.

Es habitual que la aseguradora trate de cobrar al transportista lo que se indemnizó de forma íntegra. En este caso, la responsabilidad del transportista será la misma que ante una reclamación directa del cliente, es decir, la que se derivó del contrato de transporte. Sin embargo, en la práctica muchos transportistas/porteadores no entienden el posicionamiento de la aseguradora lo que obliga a explicarlo convenientemente, siendo nulas o ineficaces aquellas estipulaciones que se pueden incluir en la carta de porte que excluyen de cualquier responsabilidad al transportista ante una eventual responsabilidad de éste.

Sucedee a veces con determinadas cláusulas firmadas por el asegurado -titular de los bienes transportados- en el contrato de transporte, que exonera de toda responsabilidad al transportista. El asegurado consigue abaratar el precio del transporte y se garantiza, mediante el contrato de seguro, ser resarcido de los daños en caso de siniestro. Sin embargo, a la compañía aseguradora “se le cortan las alas” y no puede ejercitar, por no existir, el derecho de subrogación. **Los departamentos de producción de seguros de transportes deberían revisar los contratos o incluir cláusulas o penalizaciones (franquicias) para evitar estas situaciones.**

Cláusula de exclusión de guerra (War exclusion clause)

Por definición debemos entender por “cláusula de exclusión de guerra” aquella norma contractual incluida dentro de una póliza de seguros que excluye específicamente la cobertura por actos de guerra o asimilados, tales como la invasión, insurrección, revolución, golpe militar, terrorismo, etc.

Las aseguradoras suelen excluir la cobertura de las pérdidas causadas por este tipo de eventos relacionados con la guerra y este tipo de protección es entendible ya que, de no ser así, las compañías de seguros podrían ver comprometida su solvencia y su misma continuidad, con el consiguiente problema –tal vez sistémico- para el propio Estado en el que operen.

No es difícil imaginar los miles o millones de demandas costosas que podrían generarse, por decir sólo algunos ejemplos, de propietarios de viviendas, de inquilinos, de comercios, de autos, de industrias, de beneficiarios de capitales por fallecimiento, etc. Sencillamente **se trata de evitar la cobertura de unos riesgos que no se pueden calcular y, por tanto, para los que tampoco se puede definir una prima razonable como contraprestación.**

Las cláusulas de este tipo son, por ejemplo, como la siguiente:

“En ningún caso este seguro cubrirá pérdida, daño o gasto causado por guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección o contienda civil que de ella se derive, así como cualquier acto hostil de o contra un poder beligerante. Se excluye igualmente la captura, embargo, arresto, restricción o detención (excepto piratería) así como el intento de cometerlo o las consecuencias de su comisión. También se excluyen los daños causados por minas, torpedos, bombas u otras armas de guerra abandonadas en el mar”.

La cláusula de exclusión de guerra aparece de forma muy genérica en las pólizas de seguros de particulares pero en otros ramos suele tener mayor relevancia por la necesidad de acotar riesgos en esos otros negocios; por ejemplo, las pólizas de transporte, sobre todo el marítimo.

En el ramo de transportes, donde resulta de especial relevancia al transitar en ocasiones los medios de transporte por zonas en riesgo de conflicto, se suele incluir la cláusula expresa de exclusión de guerra. Tal exclusión toma efecto desde el momento en que se inician las operaciones de carga en el almacén de origen, subsiste durante el transporte y los eventuales transbordos y finaliza con la entrega de la mercancía, de conformidad con las estipulaciones de las cláusulas y en los términos correspondientes al contrato de compraventa o Incoterms (términos internacionales de comercio) utilizados en cada caso. No obstante, todo es negociable ya que es posible encontrar cobertura para riesgos de guerra bajo determinadas condiciones.

Las pólizas desarrolladas durante el siglo XVIII no marcaban una distinción entre los peligros ordinarios y los peligros de guerra. Los efectos cada vez más destructivos y generalizados de la guerra motivan las reticencias de los aseguradores y reaseguradores para brindar cobertura contra las pérdidas causadas por la guerra, tanto en base al potencial alcance de las pérdidas (catastróficas) como al riesgo de pérdidas concentradas en lugares y en momentos específicos (cúmulos).

Con el paso de los años los aseguradores han relajado su rechazo frente al riesgo de guerra y hoy en día es posible obtener la cobertura previo pago de la correspondiente sobreprima.

Efectivamente, **las coberturas básicas pueden modificarse y ampliarse mediante condiciones particulares, condiciones especiales y/o cláusulas específicas.** En el ramo de transportes, entre las cláusulas de uso común más significativas cabe destacar las **“Institute Cargo Clauses” (ICC)** del instituto de Aseguradores de Londres (ILU), denominadas cláusulas inglesas y/o cláusulas del Lloyds. Estas cláusulas se insertan en muchas pólizas de transporte español y forman parte de su contenido esencial.

Las razones son varias: las escasas innovaciones en este mercado asegurador, la uniformidad de los documentos relativos a la compraventa internacional de mercancías, la dependencia del reasegurador inglés en el mercado internacional y, por supuesto, por la gran experiencia y conocimiento técnico del mercado inglés en esta materia, lo que implica que estas cláusulas inglesas alcancen una aceptación y rango casi supranacional y sean suficientemente conocidas en los mercados internacionales a pesar de que representan un conjunto de cláusulas complejas y a veces difícil de entender.

En todas ellas encontramos la denominada **Clausula de Exclusión de Guerra -War exclusion clause-**, aunque **puede conseguirse cobertura específica para ese riesgo mediante cláusulas especiales**, como la *institute war clauses cargo*. Debe advertirse que suele también incluirse la cláusula de cancelación del riesgo de guerra, en cuya virtud el asegurador se reserva el derecho de cancelar la cobertura de guerra siempre que el viaje no hubiera comenzado y que transcurran por lo menos siete días desde su comunicación al asegurado.

En el mercado español, aunque el Consorcio de Compensación de Seguros se dedica singularmente a la cobertura de riesgos extraordinarios y catastróficos, **no se incluye entre éstos la guerra** ya que la magnitud, generalización y posible concentración de los daños hace inviable que incluso el propio Consorcio lo garantice.

2

Comentarios Jurídicos



Algunas consecuencias de la despenalización de las faltas en los accidentes de circulación

Recientemente se ha producido una importante reforma del Código Penal, que entre otros cambios ha derogado el Libro III (de las Faltas y sus Penas) del Código Penal.

Uno de los motivos por los que se ha llevado a cabo esta reforma es el de **reducir la elevada litigiosidad que recae sobre juzgados y tribunales**, con medidas dirigidas a favorecer una respuesta judicial eficaz y ágil a los conflictos que puedan plantearse. Al tiempo, el Derecho Penal debe ser reservado para la solución de los conflictos de especial gravedad.

Algunos comportamientos tipificados hasta ahora como falta desaparecen del Código Penal y se reconducen hacia la vía administrativa o la vía civil, dejando de sancionarse en el ámbito penal. Sólo se mantienen aquellas infracciones en las que, por el tipo de castigo, puedan ser incluidas en el catálogo de delitos, configurándose en su mayoría como delitos leves castigados con penas de multa. Se pretende reservar al ámbito penal el tratamiento de las conductas más graves de la sociedad.

En cuanto a la supresión de las faltas contra las personas que recogía el Título I del Libro III del Código Penal, en su mayoría se trata de conductas tipificadas ya como delitos, que por las circunstancias del hecho evidencian una menor gravedad. Así, **desaparecen las faltas de lesiones, que se incorporan al catálogo de delitos leves**.

En atención a la escasa gravedad de las lesiones y de los maltratos de obra, sólo van a ser perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. En cambio, en los casos de violencia de género no se exigirá denuncia previa para perseguir las lesiones de menor gravedad.

En cuando al homicidio y lesiones imprudentes, se estima oportuno reconducir las actuales faltas de homicidio y lesiones por imprudencia leve hacia la vía jurisdiccional civil, de modo que sólo serán constitutivos de delito el homicidio y las lesiones graves por imprudencia grave (apartado 1 del artículo 142 y apartado 1 del artículo 152), así como el delito de homicidio y lesiones graves por imprudencia menos grave, que entrarán a formar parte del catálogo de delitos leves (apartado 2 del artículo 142 y apartado 2 del artículo 152 del Código Penal).

Se recoge así una **distinción de la imprudencia delictiva entre grave y menos grave**, lo que dará lugar a una mejor graduación de la responsabilidad penal en función de los hechos, esto permitirá que los supuestos de imprudencia leve queden fuera del Código Penal. No toda actuación culposa de la que se deriva un resultado dañoso debe dar lugar a responsabilidad penal, sino que el principio de intervención mínima y la consideración del sistema penal como último recurso, determinan que en la esfera penal deban incardinarse exclusivamente los supuestos graves de imprudencia, reconduciendo otro tipo de conductas culposas a la vía civil, en su modalidad de responsabilidad extracontractual o aquiliana de los artículos 1902 y siguientes del Código Civil, a la que habrá de acudir quien pretenda exigir responsabilidad por culpa de tal entidad.

Con esta modificación se introduce un instrumento que permite a los jueces y tribunales prescindir de la sanción penal de las conductas de escasísima gravedad, con lo que se consigue una realización efectiva del principio de intervención mínima, que orienta la reforma del Código Penal en este punto; y, al tiempo, se consigue descargar a los tribunales de la tramitación de asuntos menores carentes de verdadera relevancia que congestionan su actividad y reducen los recursos disponibles para el esclarecimiento, persecución y sanción de las conductas realmente graves.

Por ejemplo, **los accidentes de tráfico por imprudencia leve pasarán a enjuiciarse por la vía civil**, por ello ya no vamos a contar con el informe del forense de forma gratuita. El perjudicado que quiera reclamar judicialmente deberá pagar la tasa judicial (en la medida en que el hecho imponible le afecte) y su informe pericial médico. Al no disponer de un informe médico vinculante será muy importante disponer de buenos informes periciales y de un perito médico que defienda dicho informe. El coste de todo esto será elevado para las partes implicadas, que ya no podrán recurrir el informe médico, dirimente y gratuito, que hasta la fecha proporcionaban los médicos forenses.

Esta situación puede favorecer los acuerdos extrajudiciales con el fin de evitar la vía civil y los costes que ésta supone. Estos acuerdos se podrán alcanzar basándonos en los informes médicos de la asistencia médica recibida por el lesionado.

La cuestión sobre la que surgen dudas es si se podría pedir al juez que dicte auto ejecutivo cuando se archive un juicio de faltas por haber quedado despenalizados los hechos. Suponemos que no se podrá solicitar el auto, pues dicho auto se puede solicitar cuando se dicta una sentencia absolutoria o se termina el proceso penal por archivo u otra causa. Pero al quedar despenalizadas las faltas no podremos acudir a la vía penal o si acudimos se archivará el procedimiento sin más, pues de lo contrario todos seguirían acudiendo a la vía penal para obtener el auto ejecutivo y la reforma no cumpliría con uno de sus objetivos.

También puede ocurrir que la denuncia se presente por un delito leve, que no se despenaliza, para no acudir a la vía civil y seguir en la vía penal. La denuncia se puede presentar por un delito de lesiones por imprudencia menos grave, que entrarán a formar parte del catálogo de delitos leves (apartado 2 del artículo 142 y apartado 2 del artículo 152 del Código Penal). En estos casos deberá ser el juez el que determine si se trata de un delito leve o si la imprudencia es leve y, por tanto, no debe ser enjuiciado envía penal sino, en su caso, por la vía civil. Con el retraso en la resolución que ello supondría.

En nuestra opinión, la reforma conseguirá la descongestión de los juzgados de lo penal, pero habrá un aumento de casos en los juzgados de lo civil, siguiendo con el mismo problema, el retraso en la resolución de los procedimientos. Por otro lado, el tener que acudir a la vía civil, con los costes que ellos supone y el riesgo de ser condenado en costas si se desestima la demanda y la cuantía supera los dos mil euros, podría llevar a que muchos perjudicados intenten solucionar la reclamación sin acudir a la vía judicial, siendo esto muy beneficioso para las Aseguradoras.

Hasta que no entre en vigor la reforma y se vea su evolución no podremos saber si lo que se pretendía con dicha reforma se ha conseguido: reducir la elevada litigiosidad y respetar el principio de intervención mínima del Derecho Penal.

El nuevo informe médico forense extrajudicial

Hace ya unos meses que carecemos de la cómoda vía del Juicio de Faltas para determinar las indemnizaciones por daños personales causados en accidentes de circulación. Le llamo la “*vía cómoda*” porque el juicio de faltas era el sistema más sencillo (además de gratuito) de obtener un informe pericial dirimente y casi indiscutible. Se presentaba la denuncia, se esperaba la llamada del forense y, sin más complicaciones, se disponía de un documento que servía a las partes para negociar y formalizar el acuerdo transaccional.

¿Qué será de nosotros sin el juicio de faltas? ¿Deberemos acudir ahora al proceso civil para liquidar la indemnización cuando haya discrepancias? ¿Tendremos que seguir el engorroso proceso de peritación contradictoria del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro? ¿Habremos de sentar a negociar a los médicos respectivos? ¿Por aligerar la justicia penal vamos a colapsar la civil?.

- Tal vez nada de eso. Parece que el legislador ha pensado en todo y nos ofrece un cauce para seguir obteniendo los informes médico forenses. Es verdad que ya no son gratuitos pero las víctimas y sus representantes legales no han de preocuparse porque los pagará siempre la aseguradora. **Veamos el nuevo artículo 7 (punto 5) de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor**, según la redacción que le da la Ley 30/2015 (la Ley *de reforma del sistema* para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación):
 - En caso de disconformidad del perjudicado con la oferta motivada, las partes, de común acuerdo y a costa del asegurador, podrán pedir informes periciales complementarios, incluso al Instituto de Medicina Legal siempre que no hubiese intervenido previamente.
 - Esa misma solicitud al Instituto de Medicina Legal podrá realizarse por el lesionado aunque no tenga el acuerdo de la aseguradora, y con cargo a ésta.
 - El Instituto de Medicina Legal que deba realizar el informe solicitará a la aseguradora que aporte los medios de prueba de los que disponga, entregando copia del informe pericial que emita a las partes.
 - Asimismo, el perjudicado también podrá solicitar informes periciales complementarios (de otros servicios médicos), sin necesidad de acuerdo del asegurador, siendo los mismos, en este caso, a costa del perjudicado.
 - Esta solicitud de intervención pericial complementaria obligará al asegurador a efectuar una nueva oferta motivada en el plazo de un mes desde la entrega del informe pericial

complementario, continuando interrumpido el plazo de prescripción para el ejercicio de las acciones judiciales. En todo caso, se reanuda desde que el perjudicado conociese el rechazo de la solicitud por parte del asegurador de recabar nuevos informes.

Resumiendo: el perjudicado (entendemos que quiere decir “la víctima”) y la aseguradora pueden ponerse de acuerdo en pedir informe médico forense al Instituto de Medicina Legal. Si no se ponen de acuerdo, puede pedirlo la víctima por su cuenta. En cualquier caso, y lo pida quien lo pida:

- Este informe sólo se puede solicitar si la víctima no está de acuerdo con la oferta motivada recibida (en sentido contrario, no se puede solicitar si dicha oferta no se hizo o si se hizo una “respuesta motivada” por carecer de información o por otra circunstancia que impedía hacer oferta).
- Si se emite, el informe lo paga siempre la aseguradora.
- La aseguradora proporcionará al Instituto de Medicina Legal los informes y medios de prueba de que disponga.
- El informe emitido obliga a la aseguradora a hacer, en el plazo de un mes una oferta motivada, que sea acorde con el mismo.
- Durante todo este proceso, como ocurría con el proceso penal, el plazo de prescripción está en suspenso.

Bien utilizado este sistema, el proceso judicial civil quedaría limitado a cuestiones de responsabilidad, de ocurrencias y concurrencias, de existencia de aseguramiento, sobre la propia realidad de los hechos y circunstancias y acaso como vía de concreción de determinados conceptos indemnizables. Es decir, a los supuestos que habitualmente van a imposibilitar que la aseguradora realice una oferta motivada o cuando ésta no pueda concretar determinados aspectos (pensamos, sobre todo, en los perjuicios patrimoniales futuros).

El Auto Ejecutivo tras la despenalización de las faltas de tráfico

La revolución que han supuesto los cambios legales de los últimos meses - en especial la **despenalización de las conductas que antes se calificaban como “falta”** - nos llevan a replantearnos en qué supuestos se puede solicitar que se dicte el famoso “título ejecutivo” o “auto de cuantía máxima”.

La Ley 35/2015, que reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, redacta un nuevo artículo 13 de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (LRCSCVM). Dicho artículo regula el asunto que nos ocupa de la siguiente manera:

- **Supuestos en los que no se haya producido fallecimiento.** *En estos casos, el Juez o Tribunal dictará auto ejecutivo cuando se den estas tres condiciones:*
 1. Que lo solicite cualquiera de las partes
 2. Que el perjudicado no hubiera renunciado a la acción civil ni la hubiera reservado para ejercitarla separadamente
 3. Que haya recaído sentencia absolutoria

Llamamos la atención sobre el tercer requisito: sentencia absolutoria. Sólo se dicta auto ejecutivo cuando la resolución que ponga fin al proceso penal sea una sentencia absolutoria. En sentido contrario, si el proceso penal finaliza sin declaración de responsabilidad, pero por cualquier resolución distinta de una sentencia absolutoria (por ejemplo, el sobreseimiento y archivo), no se debe dictar auto ejecutivo.

- **Supuestos en los que sí se haya producido fallecimiento.** *En estos casos, el Juez o Tribunal dictará auto ejecutivo cuando se den estas tres condiciones:*
 1. Que lo solicite cualquiera de las partes
 2. Que el perjudicado no hubiera renunciado a la acción civil ni la hubiera reservado para ejercitarla separadamente
 3. Que haya recaído “*resolución que ponga fin, provisional o definitivamente, al proceso penal incoado, sin declaración de responsabilidad*”

Pedimos también atención al tercer requisito: en los supuestos “de fallecimiento” (¿fallecimiento de quién?, nos preguntamos) se dictará a auto ejecutivo cuando el proceso penal finaliza sin declaración de responsabilidad, sea cual sea el tipo de resolución (sentencia absolutoria, sobreseimiento...) que lo acuerde.

Llama la atención que se regule de distinta manera la emisión del auto ejecutivo dependiendo de que en un accidente de tráfico se haya producido un fallecimiento o no (en un caso vale “cualquier resolución” y en el otro se necesita “sentencia absolutoria”). No vemos motivo por el que deba actuarse de forma distinta, a no ser que, como sostiene quien esto firma, **entendamos que este apartado se refiere al fallecimiento del conductor responsable** y, por tanto, quiera prever los supuestos de sobreseimiento y archivo a consecuencia de extinción de la responsabilidad criminal por muerte del reo.

Por último, trataremos de responder también a la inquietud suscitada entre muchos colegas, que aventuraban la **posibilidad de que algunos perjudicados siguieran presentando denuncias por hechos ya despenalizados a fin de solicitar la emisión de “auto ejecutivo” cuando el Juzgado archivase las actuaciones: nuestra opinión a este respecto es negativa. Creemos que el Juzgado no debe dictar Auto en tales casos**, por los siguientes motivos:

1. Porque el Auto ejecutivo sólo se dicta cuando hubo un proceso “incoado” y, en nuestra opinión, no debe incoarse un proceso penal, y el juez debe abstenerse de todo procedimiento, cuando los hechos denunciados no revistan carácter de infracción penal (artículo 269 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal)
2. Porque, aun en el supuesto de que el Juez hubiera incoado procedimiento, éste se archivará directamente por lo que, al no llegar a dictarse sentencia absolutoria, no procede que se emita Auto ejecutivo.
3. Y en los casos “de fallecimiento”, aún en el supuesto de que el Juez hubiera incoado procedimiento y éste se archivase, no procederá emitirlo a favor del propio conductor causante del accidente (como dije más arriba, entiendo que es a ese fallecimiento al que se refiere el segundo párrafo del nuevo artículo 13 de la LRCSCVM) y sólo procedería dictarlo a favor de los terceros perjudicados por la acción de ese conductor fallecido.
4. Y, por cuestiones prácticas, los perjudicados denunciadores ya no van a necesitar presentar denuncias por hechos despenalizados a fin de obtener del médico forense un informe pericial gratuito, porque dicho informe podrán lograrlo por la nueva vía del artículo 7, apartado 5, de la LRCSCVM (ver nuestro anterior artículo, de 23-11-2015, en este mismo blog de GLARUS IBÉRICA).

Modificación del plazo de prescripción de las acciones personales que no tengan señalado un plazo específico

Venimos tratando hace tiempo diversas modificaciones legales y reglamentarias que afectan directamente a la gestión de siniestros. Hoy nos vamos a referir a uno de esos cambios silenciosos que tendrán repercusión directa en la tramitación y en el coste mismo de los siniestros: **la reducción de los plazos de prescripción de las acciones personales no sujetas a plazos específicos**.

El nuevo plazo de prescripción genérica de la acción civil

La redacción original del artículo 1.964 del Código Civil era la siguiente:

“La acción hipotecaria prescribe a los veinte años y las personales que no tengan señalado término especial de prescripción a los quince”

Dicho artículo ha sido modificado por la Ley 42/2015, de reforma de la Ley de enjuiciamiento civil y queda redactado como sigue:

- *La acción hipotecaria prescribe a los veinte años.*
- *Las acciones personales que no tengan plazo especial prescriben a los cinco años desde que pueda exigirse el cumplimiento de la obligación. En las obligaciones continuadas de hacer o no hacer, el plazo comenzará cada vez que se incumplan.*

Hablamos de “cambio silencioso” no por imprevisto sino porque se introduce una modificación en un precepto básico y centenario del código civil (ley sustantiva) mediante una reforma parcial y apresurada de la ley de enjuiciamiento (ley adjetiva). Algunas consecuencias directas en nuestra actividad cotidiana son las siguientes:

- No será preciso mantener abiertos y dotados con reserva los siniestros de responsabilidad civil contractual de los que nazcan de acciones personales no sujetas plazo especial. Podemos aplicar a estos siniestros los mismos plazos que veníamos aplicando a los siniestros derivados de seguros de personas (artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro) y, transcurridos los cinco años, cerrar el siniestro y liberar la reserva, salvo que – como es frecuente - lo hayamos hecho antes.
- El plazo para reclamar indemnizaciones por responsabilidad civil contractual se reduce a cinco años cuando la acción contra el profesional responsable no tenga un plazo especial.
- Se reduce a cinco años el plazo de que dispone el vecino de una comunidad de propietarios (la aseguradora que se subroga en sus derechos) para reclamar a la comunidad la indemnización de los daños que le causen los bienes o instalaciones comunes.
- Se reduce a cinco años la acción para solicitar al juez penal la emisión del “auto ejecutivo”, cuando proceda dictarlo según Ley.

El régimen transitorio

Esta reforma legal entró en vigor el día 7 de octubre de 2015 (al día siguiente de su publicación en el BOE) y en este apartado nos referimos al tratamiento de los plazos de prescripción de aquellas acciones nacidas antes y después de esa fecha. Refiriéndonos siempre a acciones personales que no tengan plazo especial aplicable, el régimen de prescripción es el siguiente:

- Acciones nacidas el 7 de octubre de 2015 o posteriormente: el plazo de prescripción aplicable es de cinco años.

- Acciones nacidas hasta el 6 de octubre de 2015. Se les aplica el régimen transitorio descrito en el artículo 1939 del Código Civil, que consiste en lo siguiente:

Se les aplica el plazo vigente anteriormente (15 años); no obstante, tales acciones prescribirán cuando hayan transcurrido cinco años desde la fecha de entrada en vigor de la reforma (07-10-2015), aunque el régimen anterior hubiera requerido un plazo superior.

Por ejemplo, la acción nació el 1 de julio de 2009: en aplicación del anterior sistema debería prescribir el 1 de Julio de 2024 (a los quince años de su nacimiento) pero de acuerdo con el régimen transitorio antes descrito, prescribirá el 7 de Octubre de 2020 (a los cinco años de la entrada en vigor de la Ley).

Por resumir, **todas las acciones personales que no tengan plazo especial aplicable, nacidas hasta el 6 de octubre de 2015, prescribirán el 7 de Octubre de 2020.**

La nueva “pericia de contraste” a cargo de los institutos de medicina legal (I)

Como parte del aluvión de la nueva normativa que afecta a aspectos fundamentales de la práctica aseguradora y de gestión de siniestros, el BOE del pasado 19 de diciembre de 2015 publicó el , **Real Decreto 1148/2015 que regula la realización de pericias médicas por parte de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses** en las reclamaciones por hechos relativos a la circulación de vehículos a motor. Realizaremos en este artículo una descripción básica de este nuevo proceso pericial y en otro posterior comentaremos algunas implicaciones y sugerencias para los departamentos de siniestros.

Comenzaremos las cosas por el final: lo primero que llama la atención es la Disposición Adicional Cuarta, que establece que “*Las medidas incluidas en esta norma no podrán suponer incremento de dotaciones ni retribuciones ni de otros gastos de personal*”.

Algo falla aquí: si con los mismos recursos se va a poder atender el elevado número de solicitudes que puede generar esta norma; una de dos, o los recursos existentes estaban antes infrautilizados o van a pasar a estar desbordados. Y otra cuestión, si la realización de estas pericias obliga a las aseguradoras a pagar un precio público y las Administraciones Públicas no aumentan los recursos que dedican, parece que habrá un generoso saldo positivo a favor de éstas.

Dicho lo cual -y con el consiguiente escepticismo acerca del éxito práctico de esta norma- veremos a continuación algunos de sus aspectos más importantes.

¿A qué ámbitos de actividad se refiere este tipo de pericia?

Solamente a los accidentes de tráfico. Por tanto, no cabe solicitar las pruebas periciales que aquí se regulan para valorar a víctimas e indemnizaciones que procedan de hechos diferentes de la circulación; por ejemplo, responsabilidad civil sanitaria, patronal, profesional, etc.

¿Quién puede solicitar este tipo de pericias médicas?

- El perjudicado por su propia iniciativa.
- O el perjudicado y la aseguradora de común acuerdo.

Es decir, debemos tener en cuenta que la aseguradora no puede solicitar por su cuenta la pericial médica y que, por tanto, tiene que ponerse de acuerdo con el lesionado para hacerlo de forma coordinada o esperar a que éste lo haga por su cuenta.

¿Qué requisitos debe reunir la solicitud para que sea admitida?

Aparte de cumplimentar el impreso establecido, debe acompañarse toda la documentación médica de que se disponga y/o designarse el centro médico en que se halle la historia clínica, debe también acompañarse el consentimiento expreso del perjudicado para someterse a la pericia y para disponer de sus datos personales.

Nos interesa no obstante insistir en uno de los requisitos que debe reunir la solicitud: *es necesario que vaya acompañada de la oferta motivada que la aseguradora haya emitido*, de conformidad con el artículo 7.2 de la Ley de responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Entendemos que no sirve acompañar una *respuesta motivada* de la aseguradora en la que ésta se haya negado -por el motivo que fuera- a hacer oferta indemnizatoria definitiva.

¿Qué situaciones pueden ser objeto de la valoración?

Sólo situaciones médicas *estabilizadas o consolidadas* que requieran valoración para una indemnización definitiva.

Por tanto, entiendo que no procede solicitar esta pericial para valorar lesiones en proceso de curación a fin de hacer “ofertas provisionales” o “pagos a cuenta”.

¿Quién recibe el informe?

El informe pericial lo recibe el perjudicado, que es quien lo solicita en cualquier caso, y la aseguradora, que es quien lo paga en todo caso.

¿Quién lo paga?

La aseguradora lo paga siempre, lo haya solicitado o no. E igualmente la aseguradora viene obligada a pagar las pruebas médicas que, en su caso, sean necesarias para poder emitir el informe.

La nueva “pericia de contraste” a cargo de los Institutos de Medicina Legal (II): algunas sugerencias para la liquidación de siniestros

Como continuación de nuestro *post* anterior sobre la nueva pericia médica a cargo de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, comentaremos en este artículo algunas implicaciones importantes de esta nueva norma y anotaremos algunas sugerencias que creemos que pueden ser interesantes para el proceso de liquidación de siniestros.

No se trata de un procedimiento arbitral ni de mediación

Aunque su objetivo sea facilitar un acuerdo entre las partes, este proceso de peritación médica no constituye un proceso arbitral ni de mediación sino una prueba pericial adicional que puede ser tomada como referencia por las partes para lograr un acuerdo. No se trata tampoco de una prueba pericial dirimente porque su resultado tampoco tiene que ser necesariamente aceptado por las partes, aunque ambas deben ser conscientes que, en caso de discutir la peritación ante un Juez, éste será previsiblemente *mucho más favorable* a aceptar las conclusiones de un organismo tan *aparentemente imparcial* como un Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Tengamos en cuenta que esta peritación va a emitir una opinión sobre las lesiones, las secuelas y los perjuicios personales sufridos en el accidente pero no se va a pronunciar sobre la cuantía de la indemnización. Como sabemos, **el nuevo baremo ofrece algunas “horquillas indemnizatorias” tan amplias que va a quedar amplio margen para la negociación** entre las partes e incluso para terminar sometiendo la cuestión a un proceso judicial.

La pericia médica de los Institutos de Medicina Legal no sustituye a la valoración por los servicios médicos de la aseguradora

A diferencia de lo que frecuentemente ocurría con las valoraciones médico-forenses realizadas en los Juicios de Faltas, estas nuevas pruebas periciales no pueden utilizarse como sistema único y preferente de valoración de lesiones, ya que sólo pueden solicitarse si previamente ha habido una *oferta motivada*.

Y, como sabemos, uno de los requisitos esenciales para poder realizar la oferta motivada es disponer de informes médicos definitivos sobre la situación del lesionado.

¿Interesa incluir en la oferta motivada la propuesta de peritación a cargo del Instituto de Medicina Legal?

En cuanto a la conveniencia o no de incluir en el texto de la oferta motivada la propuesta de peritación por el Instituto de Medicina Legal en caso de discrepancia, nuestra opinión es negativa.

La propuesta de acudir a este nuevo sistema de peritación sólo debería plantearse al perjudicado – y sugerimos que se haga de manera fehaciente – cuando éste haya manifestado su desacuerdo con la oferta, y siempre y cuando dicho desacuerdo se base en la valoración de las lesiones y secuelas, no exclusivamente en la cuantía de la indemnización propuesta.

Una vez recibido el informe pericial emitido por el Instituto de Medicina Legal, la aseguradora deberá realizar una nueva oferta motivada, basada esta vez en dicho informe. Recordemos que el plazo para formalizar esta nueva oferta es de un mes desde la fecha en que se recibió dicho informe.

Si el perjudicado volviera a manifestar su discrepancia, es recomendable que la aseguradora consigne judicialmente el importe de esta nueva oferta o, en su caso, que complemente el importe anteriormente consignado cuando se realizó la oferta inicial. De esta manera, el perjudicado podrá siempre acudir a la vía judicial pero sus posibilidades de discutir se limitarán a la valoración económica de alguno de los conceptos, no a la propia existencia y gravedad del daño.

El ejercicio de acciones y la interrupción de los plazos de prescripción cuando se reclama por responsabilidad patrimonial a una administración pública

Sabido es que una de las cuestiones fundamentales en los departamentos de gestión de siniestros es la siguiente: **“¿Están/Estamos dentro de plazo para reclamar?. ¿Está la acción prescrita?”**

La respuesta a dichas preguntas van a condicionar el resto del proceso de tramitación y la actitud de los diferentes implicados. Por ese motivo hemos tratado este asunto en otras entradas de nuestro blog y merece la pena que volvamos a hacerlo a propósito de las acciones de responsabilidad patrimonial que se dirijan contra Administraciones Públicas; por ejemplo, cuando se reclama a un Ayuntamiento por una caída en la vía pública, a un departamento de obras públicas porque el defectuoso estado del firme ha causado un accidente, a un colegio público por los daños sufridos por un alumno o a un Servicio Público de salud por la defectuosa atención sanitaria recibida.

En todos estos casos, la persona que ha sufrido un daño (o la aseguradora que se subroga en su posición para reclamarlo) **dispone de una acción que puede ejercitar durante un plazo de un año.** Transcurrido dicho plazo se entiende que la acción ha prescrito y por tanto es ineficaz: “se le han pasado los plazos”, se suele decir. Siguiendo las indicaciones del **artículo 1.973 del Código Civil**, para evitar que la acción prescriba, sus titulares tienen varias maneras de interrumpir los plazos de prescripción:

Art. 1.973: La prescripción de las acciones se interrumpe por su ejercicio ante los Tribunales, por reclamación extrajudicial del acreedor y por cualquier acto de reconocimiento de la deuda por el deudor.

La interrupción de los plazos de prescripción suele hacerse mediante el envío de alguna comunicación que, de forma fehaciente, ponga de manifiesto ante el supuesto responsable su obligación de reparar el daño y nuestra intención de exigirselo. El sistema habitual es el envío de un telegrama, de un burofax, el envío de una carta por conducto notarial, el planteamiento de un acto de conciliación, etc. Pero ¿qué ocurre cuando el responsable contra el que se pretende dirigir la acción de responsabilidad es una Administración Pública?, ¿se pueden interrumpir los plazos mediante los habituales sistemas de envío de burofax y similares?.

Las acciones de reclamación patrimonial contra una Administración Pública se ejercitan mediante el inicio de un procedimiento administrativo por responsabilidad patrimonial y resulta que tal procedimiento no se inicia mediante el envío de un burofax o de un telegrama sino mediante la **presentación de un escrito de reclamación cuyo contenido debe ser el siguiente:**

- Especificación de las lesiones o daños producidos.
- Explicación de la presunta relación de causalidad entre dichos daños o lesiones y el funcionamiento del Servicio Público.
- Evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, si fuera posible.
- Determinación, si es posible, del momento en que la lesión efectivamente se produjo,
- El escrito de reclamación irá acompañado de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante.

Por lo tanto, **quien pretenda interrumpir la prescripción mediante el envío de cartas o escritos que no cumplan las condiciones anteriormente descritas, se puede encontrar con que la acción para reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración haya prescrito debido a que no se ha ejercitado con las debidas formalidades.**

La excepción a esa norma general puede en ocasiones encontrarse en aquellas reclamaciones que realizan los particulares sin asistencia jurídica o sin apoyo profesional: en estos casos, y en aplicación de la regla general de favorecer el ejercicio de acciones, los tribunales suelen mostrarse más flexibles a la hora de considerar ejercitadas las acciones e interrumpidos los plazos de prescripción, ya que no se puede exigir a un “particular no asesorado” que conozca y sepa preparar un escrito de reclamación que cumpla los requisitos arriba detallados. De hecho, puede ocurrir incluso que la Administración inicie de oficio un procedimiento de responsabilidad patrimonial a la vista de un escrito que no cumpla dichos requisitos.

Cuando se reclama a una Administración Pública, el envío de un burofax con la expresión genérica “*ejercitamos acciones*” o “*interrumpimos formalmente el plazo de prescripción*” puede no ser considerado suficiente para demostrar una voluntad clara y firme de reclamar a la Administración.

El objetivo de esta nota es llamar la atención de nuestros lectores sobre este detalle y facilitarles algunas indicaciones para evitar que sus acciones, como perjudicados o como aseguradores subrogados en el lugar de aquéllos, se extingan por prescripción al no plantear la reclamación con los debidos requisitos.

Las cláusulas delimitadoras y las cláusulas limitativas. Algunos comentarios a cuenta de las incapacidades parciales en el seguro de accidentes personales

Cuando una aseguradora decide asumir, a cambio de un precio, los riesgos que otros le transfieren, es fundamental que defina qué es lo que cubre, qué riesgos asume y qué prestaciones (en dinero o en servicios) va a satisfacer cuando los objetos asegurados se vean afectados por alguno de esos riesgos. A esta labor de definición del objeto, causa y partes del contrato acostumbramos a llamarle “**delimitación del riesgo**”.

Las condiciones contractuales en las que se realiza esa definición del aseguramiento las denominamos habitualmente “**cláusulas delimitadoras o definitorias**”. Estas cláusulas, que normalmente se contienen en las Condiciones Particulares del contrato, deben estar expuestas y redactadas con claridad pero la legislación no nos exige unos requisitos especiales de aceptación para considerarlas válidas. Se trata solamente de que el tomador sepa qué seguro está contratando.

Una vez definido el objeto y los riesgos asegurados, las partes pueden restringir o limitar determinados supuestos en los que la cobertura anteriormente definida no tendrá efectos o los tendrá de manera reducida. A estas cláusulas en las que restringimos de alguna manera la cobertura las denominamos “**cláusulas limitativas**”. Dado que van a limitar los derechos de tomador y asegurado, estas cláusulas deben cumplir unos determinados requisitos para que sean admisibles y oponibles al asegurado: además de estar expuestas y redactadas con claridad, deben estar especialmente destacadas en el contrato (las afamadas “letras en negrita”) y ser aceptadas expresamente por escrito por el asegurado.

En aras del afán didáctico y divulgativo del blog de **Glarus Ibérica**, en los dos párrafos anteriores hemos tratado de hacer un brevísimo resumen de la abundante literatura y práctica sobre cláusulas delimitadoras y cláusulas limitativas del contrato de seguro. Vamos a continuación a aplicar esa teoría y práctica a una cuestión importante: los **critérios para la determinación de los capitales asegurados en los seguros de accidentes personales**.

Es normal que en las condiciones particulares de los seguros de accidentes se delimiten los “supuestos máximos” cubiertos por el contrato y los capitales a satisfacer en tales casos; por ejemplo, en caso de fallecimiento, en caso de gran invalidez, en caso de invalidez total. Para tales supuestos se establece un capital determinado, que aparece en las condiciones particulares: parece claro que lo que se está haciendo es delimitar el contrato, fijar qué eventos quedan cubiertos y qué capitales se abonan en caso de darse tales supuestos.

El posible problema se produce cuando se trata de introducir alguna limitación, reducción o restricción al pago de esos capitales en caso de que la invalidez no sea total sino parcial: ¿estamos delimitando o limitando la cobertura del contrato? La cuestión no es meramente académica ya que, como vimos en los dos primeros párrafos, los requisitos que se exigen para la validez de las cláusulas pueden ser mucho más rigurosos.

A la vista de las diferentes resoluciones judiciales, y para evitar incertidumbres a las partes del contrato, **nuestra opinión se resume en las siguientes conclusiones:**

- **Las tablas que determinan los capitales que se satisfacen en caso de invalidez parcial deben considerarse cláusulas limitativas**, ya que están reduciendo los capitales a percibir cuando la invalidez no sea la invalidez total que aparece en las condiciones particulares delimitadoras del contrato.
- **Esas tablas de incapacidades parciales deben incluirse en las condiciones particulares** de forma destacada y deben ser aceptadas, expresamente y por escrito, por el tomador de la póliza, a fin de cumplir los requisitos del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.
- **Si esas tablas de incapacidades parciales fueran demasiado amplias y prolijas como para incluirlas de forma destacada en las condiciones particulares, se deberá incluir en éstas, al menos, una descripción suficientemente precisa de las mismas** (con referencia a la página de las condiciones generales o documento –por ejemplo, un convenio colectivo laboral- en las que puedan encontrarse) como para poder demostrar que el tomador de la póliza supo y aceptó que el capital que se abonaría en caso de incapacidad parcial iba a ser más reducido que el que se satisface en los llamados “supuestos máximos” (ej.: fallecimiento, gran invalidez e invalidez total) que aparecen en las cláusulas delimitadoras del contrato de seguro.

La mediación y los mediadores: su utilidad en la liquidación de siniestros de tráfico con daños a personas

Parecería que la nueva legislación sobre responsabilidad civil derivada de la circulación sólo hubiera servido para introducir un nuevo baremo con el que liquidar las indemnizaciones por los

daños causados a las personas. Lejos de eso, la nueva norma introduce también algunas **medidas de carácter procesal** (y “preprocesal”) cuyo objetivo es **reducir la judicialización de los conflictos** y descargar a la jurisdicción civil del *tsunami* de demandas que se adivinaba tras la despenalización de las faltas.

O por resumirlo de manera contundente y en una frase sencilla: **“como ya no se podrá acudir al arbitraje del médico forense que asesora al juez penal, hay que limitar la tentación de hacer lo mismo con las clínicas médico forenses que asesoran al juez civil”**.

Con ese objetivo, la **Ley 35/2015**, introduce un procedimiento de mediación en el nuevo artículo 14 de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor

Artículo 14. Procedimiento de mediación en los casos de controversia.

1. *En caso de disconformidad con la oferta o la respuesta motivada y, en general, en los casos de controversia, las partes podrán acudir al procedimiento de mediación de conformidad con lo previsto en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.*
2. *A tal efecto, será el perjudicado quién podrá solicitar el inicio de una mediación, en el plazo máximo de dos meses, a contar desde el momento que hubiera recibido la oferta o la respuesta motivada o los informes periciales complementarios si se hubieran pedido.*
3. *Podrán ejercer esta modalidad de mediación profesionales especializados en responsabilidad civil en el ámbito de la circulación y en el sistema de valoración previsto en esta Ley, que cuenten con la formación específica para ejercer la mediación en este ámbito. El mediador, además de facilitar la comunicación entre las partes y velar porque dispongan de la información y el asesoramiento suficientes, desarrollará una conducta activa tendente a posibilitar un acuerdo entre ellas.*
4. *Recibida la solicitud de mediación, el mediador o la institución de mediación citará a las partes para la celebración de la sesión informativa. En particular, el mediador informará a las partes de que son plenamente libres de alcanzar o no un acuerdo y de desistir del procedimiento en cualquier momento, así como que la duración de la mediación no podrá ser superior a tres meses, que el acuerdo que eventualmente alcancen será vinculante y podrán instar su elevación a escritura pública al objeto de configurarlo como un título ejecutivo.*

Con la sola lectura del precepto llegamos a unas **conclusiones** que creemos interesantes para quienes se desempeñan en el ámbito de la gestión de siniestros de automóviles con daños personales:

Primera: el procedimiento es voluntario y no cabe exigirlo como requisito para poder acudir a la vía judicial. Lo único que se puede exigir a quien presente una demanda es que demuestre que ha reclamado previamente a la aseguradora, no que haya instado un procedimiento de mediación.

En coherencia con lo anterior, recordemos que el artículo 6 de la Ley 5/2012, de mediación en asuntos civiles y mercantiles, establece que el inicio de un procedimiento de mediación es siempre

voluntario y que nadie está obligado a mantenerse en el procedimiento de mediación ni a concluir un acuerdo. Por ello, la aseguradora que sea requerida para asistir a un proceso de mediación puede negarse a participar o desistir de él en cualquier momento.

Segunda: el procedimiento de mediación viene motivado por la “disconformidad con la oferta o respuesta motivada”, lo que significa que **para solicitar la mediación se debe haber reclamado previamente a la aseguradora.**

Tercera: quien pretenda actuar como **mediador debe cumplir los siguientes requisitos:**

- Estar en posesión de título oficial universitario o de formación profesional superior.
- Contar con formación específica para ejercer la mediación, que se adquirirá mediante la realización de uno o varios cursos específicos impartidos por instituciones debidamente acreditadas. En el presente ámbito, el mediador deberá especializarse en responsabilidad civil en el ámbito de la circulación y en el sistema de valoración de daños personales recogido en la Ley (el Baremo).
- Contar con un seguro o garantía equivalente que cubra la responsabilidad civil derivada de su actuación en los conflictos en que intervenga.

Cuarta: el acuerdo que las partes alcancen, es vinculante para ellas y si, además, el acuerdo se formalizase en escritura pública, será directamente ejecutable en los tribunales.

Quinta: Para evitar confusiones debemos destacar que **un mediador no es un árbitro.** Un mediador ayuda a conciliar a las partes para que ellas alcancen un acuerdo. El árbitro, en cambio, toma directamente una decisión que vincula a las partes.

Art.43 LCS: Subrogación legal por parte de la aseguradora en los derechos del asegurado. Prescripción.

Nuestro análisis se detiene hoy en el primer apartado del **art.43 de la Ley de contrato de seguro**, que informa de la acción de subrogación de las aseguradoras frente al tercero responsable. Concretamente queremos profundizar en los plazos de prescripción de esta acción.

El primer párrafo del mencionado artículo establece:

“El asegurador, una vez pagada la indemnización podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización...”.

Este artículo describe la denominada subrogación legal; es decir, la facultad de la aseguradora de dirigirse contra el tercero responsable con el objetivo de recuperar las indemnizaciones abonadas a sus asegurados en virtud del contrato de seguro, con el límite del importe abonado a éstos.

La cuestión del plazo de prescripción de esta acción de subrogación nunca ha sido pacífica, entre otras razones, porque nada establece el artículo 43 en relación con el momento inicial del cómputo ni la duración del mismo.

En cuanto al plazo del ejercicio de la acción, existen varias interpretaciones:

- Para unos se trata de una acción personal que dimana del mero hecho del pago y por tanto, se rige por el **plazo general de 5 años** –tras la reforma de la Ley 42/2015, de 5 de octubre, que modifica el artículo 1964 del Código Civil, para el ejercicio de acciones personales que no tuvieran previsto un plazo especial.
- Para otros se trata de una acción que se deriva del contrato de seguro por lo que sería de aplicación el **plazo de dos años** establecido en el art. 23 de la LCS.
- Y finalmente, la mayoría entiende que la vía del art. 43 deriva del propio hecho que dio lugar a la indemnización por la aseguradora, con independencia del momento en que ésta la satisfizo. En consecuencia, **el plazo de ejercicio de la acción dependerá de la naturaleza del crédito** (contractual o extracontractual), como explicaremos más adelante. El Tribunal Supremo ha optado por esta última tesis. Cito sentencias de fecha 11/11/1991, 29/10/1997, 28/2/2006, 7/12/2006, y 1/10/2008 entre otras.

¿En qué momento se inicia el cómputo del plazo?. Al tratarse de la misma acción que tiene el asegurado frente al responsable, nace en el momento en que se produjo el hecho que da lugar a esa responsabilidad. La diferencia radica en el actor y en este caso quien la ejercita es el asegurador. En consecuencia, **el plazo para ejercitar esta acción de subrogación se inicia en el mismo momento en que se originó la acción en la que el asegurador se ha subrogado.**

De tal manera que el plazo de prescripción, el inicio de su cómputo y el régimen de la interrupción dependerán de la naturaleza del crédito: bien puede provenir de una responsabilidad extracontractual cuyo plazo sería de un año (tres en Cataluña), como establece el art 1968.2 del Código Civil, o bien puede provenir de un incumplimiento contractual, donde el plazo de prescripción genérico aplicable será el de cinco años o diferentes plazos si son de aplicación otras normas (código de comercio, leyes especiales, etc.).

Desde mi punto de vista, tras la realización del pago de la indemnización al asegurado no surge una acción nueva y distinta, sino que se produce una mera sustitución de la persona

del acreedor en el crédito preexistente, el del asegurado. Este hecho obliga a plantear algunas reflexiones:

- Si la aseguradora aún no ha pagado la indemnización, ¿puede exigir a su asegurado que sea él quien interrumpa el plazo de prescripción puesto que éste empezó a correr desde el día en que se produjo el daño?
- ¿Formaría esta actuación parte del deber de colaboración que el artículo 17 de la LCS impone al asegurado?

Espero que este breve apunte haya ayudado a entender mejor la verdadera naturaleza de la acción de subrogación derivada del art. 43 de la Ley de Contrato de Seguro.

Responsabilidad civil por la llamada “pérdida de oportunidad”

Bajo el concepto “pérdida de oportunidad” nos referimos al daño causado a alguien al haberle privado, total o parcialmente, de la posibilidad de conseguir un resultado positivo o de evitar un resultado negativo.

Este concepto jurídico se construye con el fin de solucionar ciertos problemas de causalidad entre una acción y un resultado: cuando hablamos de “pérdida de oportunidad”, el resultado dañoso final no es consecuencia directa o inmediata de la acción del responsable, pero ésta ha contribuido a privar al perjudicado de la posibilidad de haber evitado tal resultado o de haber obtenido uno distinto. **Es tal privación o impedimento la que constituye un daño, no el propio resultado final.**

Se trata de una construcción práctica y jurisprudencial que no está recogida en las leyes ni en ninguna de las regulaciones generales sobre responsabilidad civil. Como nuestro blog tiene un carácter principalmente divulgativo, trataremos de ilustrar el concepto con algunos **ejemplos**:

1. El abogado que negligentemente deja prescribir la acción de su cliente no está privando a éste de un resultado positivo en el pleito, ya que tal resultado era incierto, pero le ha privado de la oportunidad de obtenerlo.
2. El transportista que, por negligencia, no lleva a tiempo a su pasajero a una subasta pública, no le está privando del beneficio de adquirir una cosa a buen precio. Como no sabemos si habría ganado la licitación, sólo le habría privado de la oportunidad de conseguirlo.
3. El servicio sanitario que, al no practicar a su debido tiempo las pruebas de detección de un tumor, da lugar a que éste se detecte cuando se halla en estadio IV, en lugar del estadio III en

el que se encontraba el día en que se debieron haber realizado dichas pruebas. Se ignora cuál habría sido la evolución del paciente si el tumor se hubiera localizado antes y, por tanto, el resultado que finalmente se produzca no es directamente imputable a la acción del servicio sanitario, pero está claro que se ha privado al paciente de unas mejores perspectivas de curación o de la oportunidad de haber combatido la enfermedad bajo mejor pronóstico.

En todos esos casos, el resultado (pérdida del pleito por prescripción de la acción, no adquisición del bien subastado, desenlace final de la enfermedad) no es directamente resultado de la acción (del abogado, del transportista, del servicio sanitario) pero la acción ha privado, total o parcialmente, de las oportunidades o expectativas de haber conseguido un resultado más beneficioso.

Como regla general convendremos que **cuanto más remota fuera la probabilidad de conseguir el resultado positivo, menor sería la relación de causalidad entre acción y daño causado y menor la contribución del causante al resultado**. En consecuencia, entenderemos también que debería ser menor la indemnización que el causante (o su asegurador) debe abonar al perjudicado.

De cara a la toma de decisiones de gestión, **quienes operan en el ámbito de la responsabilidad civil deberán determinar en cada caso concreto algunos aspectos relevantes de la pérdida de oportunidad:**

- **Las probabilidades de conseguir un resultado antes y después del hecho generador de responsabilidad civil:** por ejemplo, las probabilidades estadísticas de supervivencia a más de diez años para pacientes con un tumor en estadio III eran del 60% mientras que las de los pacientes a los que se lo detectan en estadio IV son del 25% solamente.
- **Si las probabilidades de las que se ha privado al supuesto perjudicado son suficientemente relevantes como para considerarlas un daño merecedor de reparación.** Por ejemplo, si las expectativas de curación se hubieran visto mermadas en un porcentaje del 15% o inferior es complicado considerar que el resultado final ha tenido algo que ver con el tardío diagnóstico en vez de con el desarrollo normal de la enfermedad. Dicho en otras palabras, deberemos de establecer (si es que ello es factible) el “incremento de riesgo” que ha supuesto la actuación del aparente responsable para la producción del resultado final. Este punto y el anterior son aspectos que debe intentar evidenciar el perito y sobre el que deberíamos pedir pronunciamiento en su informe.
- Finalmente, **el valor económico que se adjudica a las oportunidades perdidas** a efectos de proponer su adecuada valoración (téngase en cuenta la importancia de dotar provisiones adecuadamente) y posterior indemnización.

Proceso de Mediación. La suspensión, que no interrupción, de los plazos de prescripción

La **Ley 35/2015** introduce un procedimiento de mediación en el nuevo artículo 14 de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

En este artículo queremos analizar la suspensión (que no interrupción) de los plazos de prescripción cuando se sigue este proceso de mediación: el artículo 4 de la mencionada Ley de Mediación en Asuntos Civiles y Mercantiles, regula específicamente esta situación cuando establece que *“la solicitud de inicio de la mediación ... suspenderá la prescripción o la caducidad de acciones desde la fecha en la que conste la recepción de dicha solicitud por el mediador, o el depósito ante la institución de mediación en su caso”*

“Si en el plazo de quince días naturales a contar desde la recepción de la solicitud de inicio de la mediación no se firmara el acta de la sesión constitutiva prevista en el artículo 19, se reanudará el cómputo de los plazos”.

“La suspensión se prolongará hasta la fecha de la firma del acuerdo de mediación o, en su defecto, la firma del acta final, o cuando se produzca la terminación de la mediación por alguna de las causas previstas en esta Ley”.

La prescripción hace referencia al plazo de que se dispone para ejercitar una acción, **la interrupción** implica que el plazo de que se trate volvería e empezar desde el principio, disponiéndose de nuevo del plazo entero para ejercitar la acción de que se trate. En cambio, **la suspensión** implica que el cómputo de los plazos se paraliza en el momento de la suspensión y que, cuando ésta se alza, se vuelve a contar el plazo desde el momento en que se hallaba, no desde el principio.

Merece la pena reflexionar sobre lo que ocurre con acciones que no tienen plazo de prescripción sino de caducidad. ¿También se suspende?. Nos enseñaron que la caducidad no podía ser interrumpida; es decir, una vez caducaba el plazo para ejercitar el derecho, la acción quedaba automáticamente extinguida. Digamos que los plazos de caducidad pasan inexorablemente, sin que puedan ser paralizados por ninguna actuación, y sólo lo era al ejercitar la acción correspondiente en vía judicial. Pues bien, el mencionado artículo 4 de la Ley 5/2012 no deja lugar a dudas, de forma expresa indica: que el proceso de mediación *“suspenderá la prescripción o la caducidad de acciones”*; de esta manera aclara cualquier duda que se pudiera plantear y, ante cualquier proceso de mediación que esté resolviendo un conflicto que lleve aparejado un límite temporal de caducidad, éste quedaría también en suspenso.

La delimitación temporal de la cobertura: fecha de la reclamación o fecha de ocurrencia

La póliza de seguro proporciona al asegurado la cobertura de ciertos riesgos durante un determinado período de tiempo. Esto implica que **la aseguradora solamente asumirá las consecuencias económicas de aquellos siniestros producidos durante ese periodo de tiempo**. Por tanto, es fundamental definir con claridad cuándo se entiende producido el siniestro a efectos de su cobertura por la aseguradora. Los criterios más habituales para establecer la fecha de producción del siniestro y su consiguiente cobertura por la aseguradora son de dos tipos: **fecha de ocurrencia y fecha de reclamación**.

La fecha de ocurrencia del hecho (loss occurrence)

En este tipo de pólizas, el asegurador cubre aquellos hechos que hayan ocurrido durante el período de cobertura, con independencia de la fecha en que se produzca la reclamación motivada por tales hechos.

Un ejemplo de pólizas con cobertura “loss occurrence” lo constituyen las pólizas de responsabilidad civil por el uso de vehículos a motor: se cubren los hechos (accidentes de tráfico) ocurridos durante la vigencia de la póliza con independencia de la fecha en que se realice la reclamación del perjudicado.

La fecha de reclamación (claim made)

El asegurador cubrirá cualquier reclamación que se formalice (“claim made”) contra el asegurado durante el período de cobertura de la póliza.

No obstante, el criterio de la fecha de reclamación no puede aplicarse estrictamente ya que legalmente es obligatorio (salvo lo que luego diremos para los seguros de grandes riesgos) que las pólizas incluyan un **período de retroactividad o un período de descubrimiento** (puede elegirse sólo una de las siguientes opciones o ambas).

a) El período de retroactividad

La cobertura “claim made” no suele basarse en la simple reclamación sino en criterios mixtos: *se cubren todas las reclamaciones realizadas durante el período de cobertura siempre y cuando el hecho generador (“loss occurrence”) de dicha reclamación sea posterior a una determinada fecha que, como mínimo, debe ser un año antes de la entrada en vigor de la póliza*. A este periodo se le denomina “de retroactividad de la cobertura”.

Un ejemplo de este tipo de cobertura “claim made” se encuentra en aquellas pólizas de responsabilidad civil profesional que cubren las reclamaciones formalizadas durante la vigencia de la póliza con independencia de la fecha en que se produjeron los hechos (una asistencia médica, un asesoramiento jurídico, una dirección de obra) que dan lugar a la reclamación. En el momento en que

este criterio “claim made” se mezcla con una limitación a la fecha de ocurrencia de los hechos, nos hallamos ante pólizas “claim made” que denominaríamos “mixtas”.

b) El período de ultraactividad o de descubrimiento

También es posible, y frecuente, encontrar pólizas que incluyen una fecha límite hasta la cual puede ponerse de manifiesto la reclamación motivada por tales hechos. Es decir: *“se cubren todos los hechos ocurridos durante el período de cobertura siempre y cuando la reclamación se produzca dentro del período de vigencia de la póliza o dentro de un período determinado, posterior a la extinción de la vigencia de la póliza”*. A este último período se le denomina “de ultraactividad de la cobertura” o, más frecuentemente, “período de descubrimiento”: período de tiempo durante el cual se seguirán cubriendo las reclamaciones que se produzcan como consecuencia de hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza. Este período legalmente no puede ser inferior a un año.

Limitaciones legales a los períodos de ultraactividad y de retroactividad de la póliza

En relación con los períodos de cobertura, el artículo 73 de la Ley de Contrato de Seguro establece determinadas limitaciones o restricciones a la redacción de las pólizas. La retroactividad mínima será de un año y la ultraactividad mínima será igualmente de un año:

a) Limitaciones al período de ultraactividad (de descubrimiento) de la póliza: “Serán admisibles, como límites establecidos en el contrato, aquellas cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados ajustadas al artículo 3 de la presente Ley que circunscriban la cobertura de la aseguradora a los supuestos en que la reclamación del perjudicado haya tenido lugar dentro de un período de tiempo, no inferior a un año, desde la terminación de la última de las prórrogas del contrato o, en su defecto, de su período de duración”.

Es decir, si sólo se cubren las reclamaciones ocurridas durante la vigencia de la póliza, se debe conceder siempre un período mínimo de descubrimiento de un año desde la fecha de terminación de la cobertura y la aseguradora debe también cubrir las reclamaciones que se reciban durante dicho período por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

b) Limitaciones al período de retroactividad (de ocurrencia) de la póliza: “con el mismo carácter de cláusulas limitativas conforme a dicho artículo 3 serán admisibles, como límites establecidos en el contrato, aquellas que circunscriban la cobertura del asegurador a los supuestos en que la reclamación del perjudicado tenga lugar durante el período de vigencia de la póliza siempre que, en este caso, tal cobertura se extienda a los supuestos en los que el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurado haya podido tener lugar con anterioridad, al menos, de un año desde el comienzo de efectos del contrato, y ello aunque dicho contrato sea prorrogado”.

Es decir, si sólo se cubren las reclamaciones ocurridas durante la vigencia de la póliza, se debe conceder siempre un período mínimo de retroactividad de un año, por lo que la aseguradora debe también cubrir las reclamaciones procedentes de hechos ocurridos, como mínimo, un año antes de la entrada en vigor de la cobertura.

No aplicación de limitaciones a pólizas consideradas como “gran riesgo”

Aunque no entremos aquí en más detalles, las limitaciones o condiciones descritas en el punto anterior no se aplicarán a grandes riesgos ya que en esos casos se considera que las partes (asegurador y tomador) disponen de capacidad suficiente para negociar, en pie de igualdad, condiciones diferentes sin que se entienda que ha podido existir abuso sobre la “parte más débil” del contrato.

3

El nuevo Baremo de Daños Corporales



A la expectativa del nuevo Baremo: la ralentización de la gestión de siniestros

Desde hace años el sector asegurador en general, y las áreas de siniestros en particular, se encuentran a la espera de la **reforma del baremo** utilizado para determinar las indemnizaciones que corresponden a quienes han sufrido daños personales como consecuencia de un siniestro.

El baremo actualmente en vigor fue publicado en 1995 y parece haber consenso general en la necesidad de una reforma cuyos objetivos serían **adaptar el sistema a las nuevas realidades sociales, extender su aplicación a ámbitos ajenos a la responsabilidad civil derivada de la circulación y procurar el resarcimiento íntegro de víctimas y perjudicados**, tantas veces puesto en duda en el baremo actual.

Este último punto tal vez sea, a juicio del que suscribe, el objetivo principal del nuevo sistema. Quien haya tenido ocasión de conocer los sistemas indemnizatorios vigentes en otros países europeos habrá apreciado las **llamativas diferencias entre las indemnizaciones que se establecen en España en supuestos graves como los fallecimientos y las lesiones invalidantes** y las indemnizaciones que se conceden en los países de nuestro entorno.

Por ello todos andamos a la **expectativa de un incremento de las indemnizaciones cuando se publique el nuevo baremo**. Esta circunstancia puede redundar en una ralentización de la tramitación de los siniestros pendientes de liquidación. El planteamiento por parte de algunos reclamantes puede ser el siguiente:

“¿Para qué liquidar el siniestro ahora si puedo esperarme a que se publique el nuevo baremo y exigir entonces unas indemnizaciones más elevadas?”.

La verdad es que el planteamiento parece de una lógica aplastante. No obstante, habrá quien pretenda que el nuevo baremo no será retroactivo y que esas indemnizaciones más elevadas no serán de aplicación a siniestros que ya se encuentren en trámite antes de la publicación del nuevo sistema. No les falta razón a quienes así opinan (yo me cuento entre ellos) pero, su razonamiento colisiona con un preocupante artículo que actualmente aún consta en el borrador de baremo que circula por los departamentos de siniestros. Me limitaré a reproducir aquí una parte del artículo 11:

Artículo 11.12 Momento de determinación de la cuantía de las partidas resarcitorias.

- *La cuantía de las partidas resarcitorias será la correspondiente a los importes del sistema de valoración vigente a la fecha del accidente, con la actualización correspondiente al año en que se determine el importe por acuerdo extrajudicial o por resolución judicial.*

Es decir, que aunque las cuantías sean las vigentes en el momento de ocurrencia del accidente, éstas se actualizarán conforme al valor que tengan en el momento en que el siniestro se resuelva. Ante semejante redacción, la pregunta es la siguiente:

¿Podemos tener la seguridad de que el nuevo baremo no se aplicará con carácter retroactivo a siniestros ocurridos y no resueltos “...*por acuerdo extrajudicial o por resolución judicial*” antes de la entrada en vigor del nuevo sistema?

Conclusión: es previsible que la expectativa de la aplicación retroactiva del nuevo sistema ralentice la liquidación de siniestros con daños personales, sobre todo de aquéllos con consecuencias más graves. En post posteriores veremos si es posible hacer algo para remediarlo.

¿Abriendo puertas para la aplicación retroactiva del nuevo Baremo?

En el artículo anterior nos preguntábamos si la liquidación de siniestros de daños personales, sobre todo graves, podría verse ralentizada ante la expectativa de obtener indemnizaciones más elevadas aguardando a que entrase en vigor el nuevo Sistema.

En esencia, se trataba de dilucidar si el nuevo baremo se aplicaría retroactivamente, o no, a hechos ocurridos con anterioridad a su entrada en vigor y, en caso afirmativo, las expectativas que ello podría crear. Llamábamos entonces la atención sobre la redacción del Artículo 11 del “estudio”. **“Momento de determinación de la cuantía de las partidas resarcitorias”:**

- *La cuantía de las partidas resarcitorias será la correspondiente a los importes del sistema de valoración vigente a la fecha del accidente, con la actualización correspondiente al año en que se determine el importe por acuerdo extrajudicial o por resolución judicial.*

Hasta aquí las dudas que surgían entonces.

En el momento de redactar este post tenemos dos novedades, que creemos de interés para seguir alimentando el debate:

Primera novedad: ya se ha publicado el proyecto de Ley de Reforma del Baremo de indemnizaciones, tras la redacción definitiva dada por el Consejo de Ministros. El Artículo 40 de la Ley de *Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor queda redactado así:*

Momento de determinación de la cuantía de las partidas resarcitorias.

- *La cuantía de las partidas resarcitorias será la correspondiente a los importes del sistema de valoración vigente a la fecha del accidente, con la actualización correspondiente al año en que se determine el importe por acuerdo extrajudicial o por resolución judicial.*

Se mantiene con ello la redacción de los anteproyectos y estudios iniciales: las cuantías se determinarán según sus valores en el momento en la que la deuda indemnizatoria se haga líquida, ya sea por acuerdo extrajudicial o por resolución judicial. Podría entenderse que, tras basarse en las circunstancias de la fecha de accidente para la valoración del daño (artículo 38), sean éstas calculadas de acuerdo con las cuantías vigentes en el momento de su liquidación.

Dicho en otras palabras: hay que basarse en las circunstancias existentes en la fecha del accidente pero las valoraciones serán las de la fecha de la liquidación (el acuerdo transaccional o la decisión judicial) Ésta es una de las “puertas abiertas a la retroactividad” a las que nos referimos en el título ya que, aun tomando los criterios del baremo anterior, podría argumentarse la aplicación de los valores del nuevo para liquidar las indemnizaciones.

Segunda novedad: la sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo (nº 30/2015) de 5 de febrero. Aunque realmente no se trata de una aplicación retroactiva de los valores y criterios del nuevo baremo, esta resolución implica la aplicación de determinados criterios del nuevo baremo (que aún no era ni proyecto de Ley en la fecha de la sentencia) a hechos ocurridos con anterioridad al mismo. La cuestión resuelta en la sentencia es la interpretación del sistema de valoración del daño en accidentes de tráfico (en concreto, la Tabla I - Indemnización básica por muerte incluidos daños morales, Grupo IV - Víctima sin cónyuge ni hijos, y con ascendientes) a fin de establecer si, cuando viven ambos padres y uno de ellos es el causante del accidente (fallecimiento de hijo único), la indemnización correspondiente al otro ha de ser por el importe íntegro previsto para los padres o debe ser reducida en un 50%.

El Tribunal Supremo concluye que corresponde al progenitor no causante solamente el 50% de la indemnización asignada a los "padres" en el Grupo IV de la Tabla I del Sistema de Valoración y no la cantidad íntegra prevista, “*tal como se prevé en el proyecto de reforma aprobado por una Comisión de Expertos y puesto a disposición de la Dirección General de Seguros el pasado mes de mayo de 2014 que, en todos los casos de fallecimiento de hijos, distingue la cantidad asignada a cada uno de los progenitores*”.

Es decir, que haciendo mención expresa al nuevo baremo (que era todavía un “estudio”), se emplean sus criterios interpretativos para determinar indemnizaciones por hechos ocurridos antes de su entrada en vigor.

Vemos por tanto una nueva “puerta abierta” a la retroactividad del nuevo Sistema. Retroactividad que, acaso, cada vez tengamos todos más asumida.

Los traumatismos menores de la columna cervical en el nuevo baremo. ¿se acabó el “cuponazo cervical”?

La posibilidad de regular y controlar las reclamaciones derivadas del llamado “**síndrome de latigazo cervical**” se anunciaba como una de las grandes ventajas del nuevo baremo. En este breve artículo trataremos de ver cómo ha quedado el asunto en el proyecto de Ley, que actualmente se halla en trámite parlamentario.

Como sabemos, la reclamación de indemnizaciones sobre la base de los supuestos “dolores cervicales” se había convertido en práctica habitual de gran número de conductores y pasajeros que, implicados en pequeños accidentes de tráfico, no deseaban la posibilidad de obtener una jugosa compensación (entre mil quinientos y tres mil euros en la mayoría de los casos) alegando lo mucho que les dolía el cuello, graves mareos y diversos malestares. Al fin y al cabo, al ser el dolor un concepto de difícil medida, podía argumentarse sin muchas complicaciones.

Este continuo goteo de generosas indemnizaciones alimentó una práctica difícil de atajar. A fin de intentarlo, el texto del **nuevo baremo incluye un artículo dedicado a describir en qué supuestos y bajo qué requisitos, pueden los afectados por “traumatismos menores de la columna vertebral”** (que así los llama) reclamar y obtener una indemnización.

El **artículo 135** resulta farragoso pero hay que reconocerle mérito en el intento, ya que no es nada fácil describir la enorme variedad de conductas que trata de prevenir ni arbitrar medidas para intentar acabar con la lotería. Trataremos de sistematizar el precepto y de aclarar las que creemos son las claves de la norma.

¿A qué lesiones se refiere?

A los traumatismos cervicales menores 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.

Ese tipo de traumatismos no se indemniza si no se puede verificar a partir de pruebas médicas. En sentido contrario, si la existencia de dolor puede deducirse a partir de pruebas médicas complementarias (radiografías, resonancias, TAC, etc.), los traumatismos cervicales sí son indemnizables con normalidad y no se ven afectados por este artículo.

Por tanto, los traumatismos cervicales sí se indemnizan, aunque deben cumplir determinados requisitos de verificación.

¿Corresponde indemnización por lesiones temporales (incapacidad temporal) en caso de traumatismos cervicales menores?

La respuesta es que sí, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones que permitan objetivar la relación de causalidad:

- Que no haya otra causa que justifique la patología (por ejemplo, un accidente o enfermedad preexistentes, una alteración congénita o degenerativa, etc.)
- Que los síntomas hayan aparecido o se hayan tratado en un tiempo razonable tras el accidente. De forma orientativa se habla de un plazo de 72 horas tras el accidente.
- Que haya relación entre la zona corporal afectada y la lesión que se alega.
- Que la intensidad y forma de producirse el accidente justifiquen esa patología (por ejemplo, si el coche en el que viajan los pasajeros sufre el impacto lateral de un ciclomotor, no parece que esa mecánica justifique que dichos pasajeros sufran dolores cervicales)

En realidad la norma no nos está diciendo nada nuevo, ya que esos criterios deberían haber sido tenidos siempre en cuenta, pero al menos ofrece unas bases que servirán al médico para justificar la existencia o inexistencia de relación de causalidad entre el accidente y los “dolores” referidos por el accidentado. Es cierto que las teorías que sostienen que en un golpe de bajísima intensidad puede producir lesiones cervicales, e incluso secuelas, lo tendrán ahora más difícil.

¿Corresponde indemnización por secuelas (lesiones permanentes) en caso de traumatismos cervicales menores?

En el punto anterior vimos cuándo podía otorgarse una indemnización por incapacidad temporal. Si ésta procede, veamos bajo qué condiciones podría establecerse también la existencia de una secuela permanente y conceder la correspondiente indemnización.

En este punto la norma es mucho más escueta y nos dice: “*La secuela que, excepcionalmente, derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal*”.

Llaman la atención las expresiones subrayadas: en primer lugar, que la secuela sólo se indemniza de forma excepcional (no parece que eso ayude mucho a limitar este tipo de reclamaciones) y que debe derivar de un “informe médico concluyente”. Parece que con la expresión “concluyente” se aclara algo aunque la verdad es que poco. ¿Cuándo es concluyente el informe médico? ¿Puede un médico determinar de forma concluyente que existe una secuela basándose solamente en las manifestaciones subjetivas del paciente? En caso afirmativo, de poco va a servir este artículo y, en caso negativo, no nos hallaríamos en el ámbito de aplicación de este artículo puesto que, como vimos al principio, esta norma sólo se aplica a “*traumatismos cervicales menores (...) que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias*”.

Se nota, en fin, que se trata de un Proyecto de Ley “negociado” porque términos como “*excepcionalmente*” e “*informe médico concluyente*” - que poco ayudan a la seguridad jurídica - parecen fruto de un acuerdo transaccional.

Conclusión

El artículo 135 del nuevo baremo supone un encomiable esfuerzo para limitar las reclamaciones infundadas basadas en traumatismos cervicales menores, pero no cierra la posibilidad de obtener indemnizaciones a quienes, provistos de un informe pericial médico “concluyente” (tendremos que estar pendientes para ver qué se entiende por tal en nuestra jurisprudencia), pretendan acreditar que han sufrido lesiones y secuelas de ese tipo.

Teniendo en cuenta que va a quedar despenalizada la inmensa mayoría de los accidentes en los que se producen esos “traumatismos menores”, no vamos a contar con el informe médico forense como punto de referencia y es posible que, sobre la base de las simples manifestaciones del lesionado (anamnesis), se susciten informes médicos contradictorios y discrepancias que sólo se van a poder resolver en juicio o mediante el pago de “indemnizaciones disuasorias” para evitar litigios. Si esto último ocurre, el sorteo del “cuponazo cervical” seguirá celebrándose, aunque es posible que el importe de los premios sea más pequeño y las pedreas menos generalizadas.

Retroactividad del nuevo Baremo (I): el perjuicio económico futuro

Se ha dicho hasta la saciedad que el Nuevo Baremo no se aplicaría retroactivamente pero, como ya pusimos de manifiesto en un post anterior, ya sea por vía de interpretación o de integración de lagunas, **no faltarán los casos en los que el nuevo sistema se aplicará a hechos ocurridos con anterioridad a su fecha de entrada en vigor.**

Comentaremos en este caso la sentencia de la Audiencia Provincial de Navarra de 29 de octubre de 2015, que aplica las reglas del Nuevo Baremo para la determinación de los perjuicios económicos futuros, por lucro cesante, derivados de un fallecimiento.

Previamente deberemos recordar la Sentencia 181/2000 del Tribunal Constitucional de 29 de Junio que, aunque no es mencionada por la Audiencia navarra, declaró la constitucionalidad del el Baremo de 1995 siempre que éste permitiera el pago de indemnizaciones por perjuicios económicos futuros que se acreditaran debidamente (*literal: “la cuantificación de tales perjuicios económicos o ganancias dejadas de obtener (art. 1.2 de la Ley 30/1995) podrá ser establecida de manera independiente, y fijada con arreglo a lo que oportunamente se acredite en el correspondiente proceso...”*).

En el caso que nos ocupa se recurre una sentencia que había resarcido los perjuicios económicos mediante el incremento porcentual de las indemnizaciones básicas (recordemos que éstas se aumentaban entre un 10% y un 75% dependiendo de las ganancias de la víctima antes del accidente).

Lo que viene a decirnos ahora el tribunal es que ese incremento porcentual no cubre el perjuicio económico futuro derivado del fallecimiento de un padre de familia sino que tal perjuicio debe valorarse de forma concreta y justificada.

¿Y a qué método recurre la Audiencia para realizar tal valoración? Pues como ustedes habrán podido ya imaginarse a estas alturas del texto, al sistema establecido en la Ley 35/2015, que aprueba el Nuevo Baremo.

Es decir, **se entiende que el Nuevo Baremo es perfectamente aplicable a hechos ocurridos antes de su entrada en vigor como criterio válido a fin de valorar el perjuicio económico futuro por lucro cesante**. Entendemos que tal conclusión obedece a que el antiguo baremo no contaba con un sistema propio para calcular esos perjuicios y que, por vía interpretativa, cabe recurrir a los criterios de la nueva norma para determinarlos.

El razonamiento jurídico es, a mi juicio, impecable. Y, como conclusión, ya saben las aseguradoras: **todos aquellos casos de fallecimiento o de lesiones incapacitantes que, pese a haber ocurrido en el año 2015 o anteriores, hayan de resolverse en lo sucesivo, pueden encerrar un coste adicional** como consecuencia de la obligación de resarcir el lucro cesante futuro conforme a las reglas del Nuevo Baremo.

Retroactividad del nuevo Baremo (II): Gastos futuros para prótesis

En este nuevo post comentamos una nueva decisión judicial que emplea los criterios del Nuevo Baremo de la Ley 35/2015 para un accidente ocurrido mucho antes de su entrada en vigor.

Hemos de precisar previamente que en la sentencia que ahora comentamos **no nos hallamos exactamente ante una aplicación retroactiva del Nuevo Baremo sino ante la aplicación de los criterios de éste para calcular uno de los conceptos indemnizatorios**. La sentencia de la Audiencia Provincial de Pontevedra de 6 de noviembre de 2015 considera que es razonable aplicar los criterios del nuevo baremo para determinar la indemnización que corresponde a una víctima por los gastos de prótesis en los que va a tener que incurrir en el futuro.

Volvemos de nuevo a la necesidad de arreglar por vía jurisprudencial el defectuoso tratamiento que la legislación anterior hacía de los perjuicios patrimoniales, que debían calcularse mediante sumas o porcentajes cuyo destino no estaba claro si era compensar los daños morales, el perjuicio económico por gastos futuros o los perjuicios económicos por pérdidas de ingresos futuros.

Es necesario de nuevo que nos refiramos a la Sentencia 181/2000 del Tribunal Constitucional, de 29 de Junio, que **declaró la constitucionalidad del Baremo de 1995** siempre que éste permitiera el pago de indemnizaciones por perjuicios económicos futuros que se acreditaran debidamente (*literal: "la cuantificación de tales perjuicios económicos o ganancias dejadas de obtener (art. 1.2 de la Ley 30/1995) podrá ser*

establecida de manera independiente, y fijada con arreglo a lo que oportunamente se acredite en el correspondiente proceso...”).

En el presente caso, la Audiencia de Pontevedra se encuentra ante la necesidad de establecer una indemnización para compensar a la víctima por los costes de las prótesis ortopédicas -y de sus correspondientes recambios – que deba adquirir en el futuro. La aseguradora entendía que sólo debería indemnizarse aquel gasto que se realizase efectivamente en el futuro y que se acreditase debidamente. Aunque tal argumentación es coherente con la doctrina del Tribunal Constitucional, la Audiencia Provincial entiende que, toda vez que el daño está acreditado (la amputación de un miembro y la verdadera necesidad de prótesis en el futuro), el Nuevo Baremo nos ofrece los criterios para determinar la indemnización mediante el pago de un capital, que se calculará aplicando las tablas actuariales de esperanza de vida del lesionado y la periodicidad de sustitución de prótesis que ha quedado acreditada en el proceso judicial.

Es decir que, como apuntábamos más arriba, **no se trata tanto de aplicar retroactivamente el nuevo baremo a hechos anteriores a su entrada en vigor cuanto de utilizar sus criterios para calcular algunos conceptos indemnizatorios** (perjuicios patrimoniales futuros por adquisición de prótesis) que el baremo anterior permitía que se valorasen de forma independiente y acreditándolos como es debido.

Como conclusión, se entiende que el Nuevo Baremo es perfectamente aplicable a hechos ocurridos antes de su entrada en vigor como criterio válido a fin de valorar el perjuicio económico futuro por gastos de prótesis ortopédicas.

El riesgo de reapertura. La revisión futura de indemnizaciones en el nuevo baremo

Seguimos tratando en nuestro blog algunas cuestiones que pueden resultar interesantes y/o conflictivas como consecuencia de la entrada en vigor del nuevo **Baremo de indemnizaciones** por daños personales.

En esta ocasión nos referiremos a la **posible modificación futura de las indemnizaciones definitivas convenidas o concedidas judicialmente**. Esta cuestión resulta de particular interés por cuanto el objetivo principal de una aseguradora cuando cierra un siniestro es no tener que reabrirlo o, dicho de otra forma, cancelar definitivamente las provisiones dotadas y liberarse definitivamente de cualquier compromiso económico derivado del mismo.

En oposición a tal objetivo, parece que el nuevo baremo abre de par en par algunas puertas que ya habían sido entreabiertas por alguna jurisprudencia anterior: nos referimos a la **posibilidad de que, una vez se haya satisfecho una indemnización con carácter definitivo (es decir, no un pago a cuenta), pueda revisarse en el futuro su importe como consecuencia de la alteración de las circunstancias que sirvieron de base a su cálculo**.

El nuevo **artículo 43 de la LRCSCVM** establece lo siguiente:

Modificación de las indemnizaciones fijadas.

Una vez establecida, la indemnización sólo puede revisarse por la alteración sustancial de las circunstancias que determinaron su fijación o por la aparición de daños sobrevenidos.

Como decíamos, esta regla ya había sido introducida anteriormente por alguna jurisprudencia que, en resumen, venía a considerar que sólo puede pagarse una indemnización por aquellos daños que ya se conocían en el momento de fijarla. Por lo tanto, en caso de acuerdo amistoso la víctima nunca podría renunciar a aquello que desconocía mientras que, en caso de sentencia judicial firme, el principio de cosa juzgada no abarcaría aquellos hechos de nueva aparición sobre los que el juzgador no pudo haberse pronunciado.

Como en tantas ocasiones, la redacción de la norma nos deja unos conceptos que no quedará más remedio que definir con la práctica: “alteración sustancial” y “daños sobrevenidos”.

La vaguedad de los conceptos podría dar lugar a que tuviéramos que reabrir cualquier siniestro de lesiones ya indemnizado en el que el perjudicado afirme tener unos padecimientos diferentes de los que le fueron resarcidos. Como no parece que sea esa la idea del legislador, en nuestra opinión **debe restringirse la posibilidad de reactivar la reclamación** a los nuevos padecimientos, al incremento de padecimientos y a las nuevas necesidades de los perjudicados que no eran razonablemente previsibles como consecuencia de la situación consolidada del lesionado. En sentido contrario, todas las consecuencias anatómicas, funcionales psíquicas y psicológicas que previsiblemente puedan asociarse al estado del perjudicado en el momento de la indemnización no pueden ser objeto de una nueva reclamación de resarcimiento porque éste se entenderá realizado con la indemnización satisfecha en su momento.

Somos conscientes de que una descripción tan amplia no ayuda mucho así que lanzaremos algunos supuestos que permitirán al lector llegar a sus propias conclusiones.

¿Puede entenderse que existe un perjuicio sobrevenido o una alteración sustancial de circunstancias que motive una nueva indemnización en los siguientes supuestos?:

- Aparición de úlceras de decúbito y escaras en lesionados que van a permanecer la mayor parte del tiempo en reposo.
- Aparición de una insuficiencia renal aguda en una víctima indemnizada por una gran invalidez.
- Suicidio posterior de una víctima que había sido indemnizada por una grave deformidad y perjuicio estético con síndrome depresivo.
- Fruto de los avances tecnológicos, aparición futura de unas modernas prótesis que facilitan enormemente la vida personal y laboral de una víctima ya indemnizada.
- Tras el pago de la indemnización se descubre de una fuente de ingresos desconocida con anterioridad por los perjudicados que recibieron indemnización por lucro cesante futuro.

- Reconocimiento de paternidad declarado judicialmente años después de haberse indemnizado a los perjudicados por el fallecimiento.
- Víctima en situación de desempleo que es indemnizada por “síndrome de latigazo cervical” y que más tarde encuentra un empleo. Posteriormente reclama al sufrir dolores de cabeza y mareos directamente asociados a su patología cervical, ya que tiene que permanecer durante toda su jornada de trabajo delante de la pantalla del ordenador.

Como los anteriores, podríamos entretenernos en plantear otros muchos ejemplos. De momento nos atrevemos a pronosticar, al amparo del artículo 43, un incremento de las reaperturas de siniestros ya indemnizados y, como parcial remedio, nos permitimos sugerir una redacción correcta de los finiquitos para restringir la posibilidad de una nueva reclamación y una correcta redacción de los informes médicos periciales a fin de restringir las consecuencias futuras que no son razonablemente previsibles.

¿Quién está legitimado para reclamar los gastos de asistencia hospitalaria y ambulatoria futura?

Con la aprobación del nuevo baremo de indemnizaciones por daños personales causados en accidentes de tráfico surgen numerosas dudas de interpretación que seguramente se despejarán con la práctica y el pasar de los años. En este blog venimos publicando comentarios que nos han ido surgiendo tras las primeras lecturas de la norma. Sólo pretendemos de momento someterlas a público escrutinio y, modestamente, aportar nuestras propias interpretaciones de urgencia.

Nos referimos en este “post” a la **legitimación para reclamar el resarcimiento de los gastos de asistencia médica hospitalaria y ambulatoria que deba recibir una víctima con lesiones permanentes.**

En caso de lesiones permanentes o secuelas, el nuevo artículo 94 del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (LRCSCVM) establece que los perjudicados son:

- Los lesionados que las padecen.
- Con carácter excepcional, los familiares de grandes lesionados en los términos establecidos en el artículo 36.3

Por tanto, nada se habla de la legitimación para reclamar los gastos derivados de asistencia hospitalaria y ambulatoria futura a quienes sufran secuelas de terminada gravedad. Sin embargo, el

artículo 114 establece una regla concreta que viene a ampliar la relación de perjudicados con legitimación para reclamar:

- Los gastos de asistencia sanitaria futura serán abonados por las entidades aseguradoras a los servicios públicos de salud conforme a la legislación vigente y los convenios suscritos, dentro de los límites establecidos en la tabla 2.C.1...
- Las entidades aseguradoras y los servicios públicos de salud podrán suscribir acuerdos específicos al objeto de facilitar el pago a que se refiere el apartado anterior ... Los servicios públicos, a su vez, podrán concertar la asistencia sanitaria futura con centros privados que cuenten con los medios materiales y humanos necesarios y suficientes para prestarla.
- Las entidades aseguradoras abonarán a los servicios públicos de salud los gastos que garanticen la asistencia sanitaria futura con carácter vitalicio, aun en caso de traslado temporal o definitivo de residencia...

Como conclusión (y aventurando algunas previsiones), tras la publicación de la Ley 35/2015 la regulación de este concepto resarcitorio es la siguiente:

- El lesionado no está legitimado para reclamar, para él, los gastos de asistencia hospitalaria y ambulatoria futura que reciba en centros públicos ni en centros privados.
- Cuando la asistencia se preste en centros públicos (o en centros privados concertados), las Administraciones públicas sanitarias son las únicas legitimadas para reclamar el resarcimiento de dichos gastos.
- Dicha legitimación se articulará a través de unos convenios que han de suscribir las Administraciones Públicas sanitarias y las compañías aseguradoras. Nada se nos dice la las aseguradoras que no se adhieran a semejantes convenios.
- Suponemos que dichos convenios serán complementarios de los establecidos para el resarcimiento de los gastos de la asistencia sanitaria prestada durante el período de curación y hasta la fecha de consolidación de las secuelas.
- Suponemos también que esos nuevos convenios observarán para los gastos futuros el criterio de la responsabilidad; es decir, que, a diferencia de lo que ocurre hasta la fecha con los gastos de curación, no se hará el pago sobre criterios objetivos (por ejemplo, cada aseguradora pagará los gastos de los ocupantes a bordo del vehículo asegurado, con independencia de la culpabilidad en la causación del daño).
- En cuanto a la identidad de la Administración Pública que vaya a resultar beneficiaria de esas indemnizaciones no sabemos qué criterio se aplicará, aunque la lógica nos mueve a pensar que se pagará a la Administración que efectivamente preste la asistencia. No obstante, como esa Administración puede ir cambiando según lo haga del lugar de residencia del lesionado, pensamos que el pago del capital establecido en la tabla 2.C.1 deberá ser satisfecho a algún

organismo o centro de compensación centralizado, que, posteriormente, realizará el reparto entre las diversas Administraciones en atención a las reglas que ellas mismas convengan, dejando a la aseguradora libre de cualquier incertidumbre derivada de tales normas.

- Todo lo dicho anteriormente excluye la asistencia rehabilitadora domiciliaria y ambulatoria prestada en el domicilio del lesionado, cuyo acreedor sí será el propio lesionado sobre la base de los criterios tradicionales de responsabilidad y prueba del daño.

4

El tramitador profesional



“Se mucho técnicamente”. ¿Es suficiente esto para ser un tramitador de siniestros de éxito?

La tramitación y gestión de siniestros es una función que conlleva el despliegue de un elevado número de conocimientos, habilidades y capacidades por parte del profesional que trabaja en este ámbito del seguro.

Cuando se discute en los foros especializados sobre cómo debe ser el perfil ideal de un tramitador de siniestros, existe una práctica unanimidad sobre la necesidad de **conocimientos y habilidades técnicas** (*hard skills*). Está claro que el profesional del siniestro tiene que conocer y tener experiencia en áreas como seguros, legislación, procedimientos, tecnología e, incluso a veces, medicina, electricidad y otras muchas cuestiones técnicas que están relacionadas con las carteras en las que interviene.

Esto es absolutamente necesario y juega un papel fundamental en la eficacia de la función. Sin embargo, **¿es suficiente con un conocimiento técnico de estas materias para que un área de siniestros funcione bien?. La respuesta es no.**

El trabajo de un tramitador de siniestros implica relacionarse con personas y gestionar muchas tareas al mismo tiempo, todo ello en un entorno permanente de cambio. Los conocimientos técnicos no aseguran un óptimo desempeño en este contexto. **Son necesarias otra serie de habilidades y capacidades que, junto con la técnica, el profesional del siniestro ha de desarrollar.** Se trata de habilidades que, muchas veces, son descuidadas en las organizaciones y cuyo impacto sobre el resultado puede ser mucho mayor que la capacidad técnica. Son las conocidas como habilidades blandas (*soft skills*).

De entre estas, por su importancia en el desempeño dentro de la función de siniestros, en Glarus Ibérica, **destacamos las siguientes:**

- **Escucha activa:** Gestionar y tramitar siniestros implica escuchar a muchas personas, especialmente al asegurado. A través de la escucha se consiguen dos efectos positivos:
 - El cliente se siente importante, lo que le predispone positivamente hacia la conversación, aumentando su grado de satisfacción y facilitando el proceso de tramitación.
 - La información que el cliente expone es necesaria para poder tramitar adecuadamente. Todo lo que un cliente, un perito, un reparador u otras figuras cuentan servirá para que el tramitador optimice su trabajo.
- **Empatía e inteligencia emocional:** El momento del siniestro es un momento de estrés y, muchas veces, de enfado para el asegurado. Normalmente el siniestro va asociado a algo poco positivo en la vida del asegurado. En la medida que el tramitador sepa ponerse en el lugar del cliente, comprendiendo la situación y su estado emocional, podrá abordar con

mayor eficacia las distintas situaciones. Ponerse en el lugar de la otra persona favorece enormemente el proceso de comunicación.

- **Asertividad:** Al margen del estado emocional, el tramitador ha de ser capaz de comunicar al cliente las cosas como son, de una manera no ofensiva. Un siniestro no se puede aceptar por quedar bien o rechazar “de malas maneras” con el cliente. Se trata de decir en cada momento lo que hay que decir, independientemente de que guste o no, pero de forma no ofensiva.
- **Autocontrol emocional:** El tramitador habla a diario con un buen número de personas, de muchos estilos y con problemas muy diferentes. Muchos asegurados hablan mucho, otros hablan mucho y mal, otros llegan incluso a insultar. Hay casos de todo tipo. Para poder gestionar con la mayor eficacia cada una de las situaciones es necesario que el tramitador desarrolle paciencia y que entienda que los ataques que, en ocasiones recibe, no son algo personal. Además, resulta necesario desarrollar la resiliencia, o capacidad de sobreponerse cuando el estado de ánimo baja. La función de siniestros va muy ligada al conflicto y tiene un coste emocional muy elevado que es necesario manejar.
- **Gestión del tiempo:** Son muchos los expedientes, las tareas, las figuras, los datos y las fases de proceso involucradas en el trabajo de siniestros. De una adecuada priorización depende el resultado y la eficacia del trabajo. Desarrollar la capacidad de priorización, el manejo de las distracciones o la seguridad en la toma de decisiones son cuestiones a potenciar en el tramitador en este sentido.
- **Adaptación al cambio:** El entorno de un tramitador de siniestros es dinámico. Cambian los procedimientos, la legislación, los criterios, los compañeros, los profesionales externos, los jefes, ... Lo que en un momento funciona, en otro deja de hacerlo. Lo único que no cambia es el propio cambio. Dentro de este entorno, el tramitador habrá de desarrollar la capacidad de adaptación para saber aprovechar las mejores opciones de cada momento.

Bien sea en el momento de definir el perfil de los tramitadores a contratar o a la hora de diseñar los itinerarios formativos para los colaboradores, lo cierto es que **del desarrollo de estas “soft skills” dependerá en gran medida la rentabilidad futura de los departamentos de siniestros de las organizaciones.**

Habilidades del tramitador: Adaptación a cada interlocutor para conseguir acuerdos

La gestión de siniestros implica desarrollar procesos de negociación en muchos casos. No solo se trata de reparar o indemnizar. Las cosas no siempre están tan claras y se tiene que establecer una negociación entre las compañías, los asegurados, los perjudicados u otras figuras. **Los tramitadores**

de siniestros tienen que ser verdaderos negociadores y de sus acuerdos depende una parte importante de la cuenta de resultados de los departamentos de siniestros.

En este sentido, negociar es **influir, incitar, convencer, persuadir**. En definitiva, negociar es motivar hacia la aceptación de una propuesta de acuerdo a través de la argumentación. ¿Qué te motiva a ti a la hora para tomar decisiones?, ¿y a tu mujer o a tu marido?, ¿y a tu vecino?. ¿Son las mismas cosas?. Seguramente no. Pues a los asegurados tampoco.

Cada uno de nosotros tomamos nuestras decisiones, incluyendo la aceptación o no de propuestas de solución de un siniestro, de acuerdo con nuestras motivaciones. **Todos aceptamos lo que nos ayuda a conseguir estar mejor de lo que estamos ahora o lo que evita que estemos peor**. Es decir, llegamos a un acuerdo cuando entendemos que es positivo para nosotros. Lo que complica el asunto es que la sensación de que ganamos o perdemos es diferente para cada uno de nosotros.

Piensa en tus últimas gestiones de expedientes de siniestros en los que hayas tenido que realizar propuestas de acuerdo. ¿Has captado en todos los casos el interés de las personas con las que negociabas?. ¿Has conseguido llegar a un acuerdo en todos los casos?. Probablemente no. Y eso que a todos les has dicho lo mismo, has utilizado los mismos recursos de comunicación y las propuestas te parecían interesantes.

¿Qué es lo que cambia?. Que **cada uno interpretamos los mensajes de forma diferente**. Las personas con las que has negociado también. Lo que para mí resulta de interés, para ti no. Lo que yo necesito realmente no es lo mismo que lo que tú necesitas. La química que consigues conmigo no la consigues de la misma manera con otros.

Las personas somos diferentes. Los asegurados, perjudicados, letrados o terceros son diferentes unos de otros. Esta es la clave.

Aunque es cierto que cada uno tenemos nuestras características de personalidad, de comportamiento y de comunicación, afortunadamente también coincidimos en algunas cuestiones. Si no, ¡qué difícil sería gestionar carteras de siniestros con personas tan diferentes!

El modelo de **Tipos Psicológicos o Estilos de Comunicación** de **Carl Gustav Jung** clasifica a las personas en cuatro grupos, en función de su personalidad y preferencias por la comunicación y en función de como toman las decisiones (entre ellas las de llegar o no a un acuerdo).

- **Reflexivos**
- **Intuitivos**
- **Perceptivos**
- **Dinámicos**

Un estilo es simplemente nuestro enfoque global de la comunicación. No hay estilos puros. Todos utilizamos una mezcla de cada uno de los cuatro estilos en diversos grados, pero si es cierto que tenemos un estilo predominante. Este estilo predominante condiciona nuestra forma de tomar las decisiones y marcará la diferencia entre llegar o no a un acuerdo con una misma proposición.

En base a este modelo, **las personas tienden a ser más receptivas a un estilo o enfoque que es similar a su propio estilo dominante**. Las personas tienden a ser más receptivas a personas que se parecen, con las que tienen algo que ver. Esa es la razón por la cual muchas comunicaciones se interrumpen y las relaciones se vuelven tensas y otras funcionan como la seda. Muchas veces la persona con la que estamos hablando, en base a su estilo, desarrolla ciertas expectativas que no somos capaces de alcanzar cuando nos comunicamos con él. Recuerda el viejo dicho: *“Dios los crea y ellos se juntan”*. Todos tenemos tendencia a comunicar mejor con personas parecidas a nosotros.

Cada tipo valora cosas diferentes, comunica de forma diferente y tienen distintas motivaciones. Por tanto, a cada tipo de persona habrá que comunicarle de forma diferente.

A la vista de lo comentado, te puedes imaginar que una de las claves para el éxito en la función de tramitación de siniestros es la **Adaptación**. Tenemos que ser capaces de defender las mismas condiciones de forma diferente dependiendo del interlocutor que tengamos enfrente o al otro lado del teléfono. Tenemos que ser capaces de adaptar nuestra comunicación a cada perfil de persona. Tenemos, en definitiva, que **ser capaces de llegar a las motivaciones reales de la persona a través de nuestras argumentaciones**. Y tengamos claro siempre que *“lo que a mí me puede parecer una gran propuesta, la otra parte la puede considerar del todo inaceptable”*.

Adaptarse significa poder cambiar de argumentos y utilizar nuestros recursos de voz y no verbales de forma que conectemos lo máximo posible con nuestro interlocutor. Identifica las motivaciones de las personas con las que negocias, adapta tu forma de comunicar a su estilo y conseguirás persuadir.

Habilidades diferenciales para grandes resultados en la tramitación de expedientes de siniestros

La tramitación de siniestros como actividad implica el desarrollo de una serie de cualidades, habilidades y competencias que permiten obtener la máxima eficacia en los resultados. Ya sea un tramitador sin experiencia, que empieza en la industria o uno con años de recorrido “peleando” con multitud de expedientes de distintos tipos, lo cierto es que **hay una serie de cuestiones que han de estar siempre presentes en todo profesional de la tramitación para garantizar unos elevados niveles de desempeño**.

Se trata de los **elementos que diferencian a los tramitadores excelentes de los tramitadores medios** y constituyen en sí mismos una guía para el desarrollo a considerar por un profesional de esta actividad. **Posiblemente se puedan añadir otras cualidades, habilidades, comportamientos o características, pero cuando los tramitadores disponen de las que se mencionan a continuación, el alto desempeño está prácticamente garantizado**.

Integridad

Nada proporciona mayor credibilidad que la integridad. Contar con los valores y criterios éticos y profesionales adecuados se traducirá en una mayor aceptación por parte de todas las partes involucradas en un siniestro, lo que revertirá, sin duda, en unas más altas tasas de resultados. En muchos casos, la integridad del tramitador permite obtener resultados positivos y evita la ralentización y judicialización innecesaria de los expedientes.

Orientación al cliente y a los resultados

Los mejores tramitadores de siniestros combinan una alta orientación al resultado económico del siniestro con una fuerte implicación con la satisfacción del cliente. En gran parte de los expedientes de siniestro, el tramitador tiene que tratar necesariamente con clientes y otras partes involucradas. De la gestión de estas relaciones depende en gran medida el éxito final de la gestión.

Sentido de la urgencia

La resolución ágil de un siniestro incide de manera importante en los resultados. Los tramitadores eficaces se marcan una exhaustiva y rigurosa agenda para cada una de las tareas que tiene que desarrollar en un expediente. Los plazos inciden tanto en el resultado económico del expediente como en la calidad percibida por los clientes.

Pensamiento analítico

Cálculos, fechas, relaciones entre diversos eventos que tienen lugar en el expediente. Todos los datos son importantes para una correcta resolución, en términos económicos, de agilidad y de satisfacción. Los mejores tramitadores analizan la información con todo detalle, la relacionan y, en base a este análisis, toman decisiones y actúan. En especial, son capaces de estimar con gran certeza los importes económicos asociados a un determinado siniestro, lo que aporta un gran valor a la hora de establecer las correspondientes reservas y evitar problemas posteriores en la gestión (insatisfacción, litigios innecesarios, etc.).

Grandes conocimientos

Conocer los condicionados de las pólizas, las leyes, normativas y reglamentos y los procedimientos de gestión asociados a los expedientes (protocolos, aplicaciones informáticas, oficios, procedimientos judiciales, etc.) es fundamental para una adecuada resolución de los expedientes. Los mejores tramitadores SABEN con mayúsculas y es por eso por lo que resuelven situaciones de toda índole, incluso las más complejas.

Documentación del expediente

Cada siniestro es una nueva experiencia de la que se aprende y que va enriqueciendo el know how tanto del tramitador como del equipo de gestión de siniestros. Los tramitadores excelentes son excelentes “documentalistas”. Escriben cada dato y gestión dada en el expediente porque conocen la importancia de la información para gestiones futuras.

Dominio de las habilidades de comunicación

Gran parte de las fases de tramitación de un siniestro conllevan comunicación con distintas partes interesadas (clientes, peritos, terceros, profesionales, etc.). En la mayoría de los casos, el tramitador

sabe que ha de llegar a acuerdos parciales que facilitarán el cierre satisfactorio del expediente. En este sentido, el dominio de las habilidades de comunicación es una pieza fundamental del perfil del profesional de la tramitación. Escucha centrada, asertividad, empatía, fomento de la conversación a dos bandas o saber preguntar son algunas de las habilidades de comunicación presentes en todos los tramitadores que consiguen buenos resultados.

Mentalidad de mejora continua

De cada expediente se aprende, Lo que no funciona en ocasiones puede convertirse en la mejor fuente de aprendizaje para aumentar el desempeño futuro. Los mejores profesionales no tienen miedo a fracasar y no les traumatiza que un determinado expediente no haya ido todo lo bien que esperaba. Lo que hacen es analizarlo con detalle y obtener aprendizaje para el siguiente.

Orientación hacia el aprendizaje

El profesional excelente no para de aprender nunca. El mundo del seguro en general y el de los siniestros en particular cambia de manera constante. Nuevas regulaciones, nuevos procedimientos o incorporaciones de nuevas tecnologías son algunos de los cambios con mayor incidencia. Los profesionales de alto rendimiento dedican parte de su tiempo al autoaprendizaje. Buscan lo que se hace en otros países, asisten a reuniones y leen continuamente.

Llegar a la excelencia es una carrera por etapas. Sin prisa pero sin pausa. Es recomendable que los equipos de siniestros de las compañías se planteen contar con profesionales que desarrollen al máximo las cualidades mencionadas. Glarus Ibérica, predicando con el ejemplo, considera estas cualidades en el perfil profesional de sus tramitadores. El siniestro es, al fin y al cabo, la partida con mayor impacto negativo en los resultados aseguradores y es por ello por lo que su adecuada gestión adquiere una importancia crítica, ahora y en el futuro.

Tramitadores de alto rendimiento: cinco claves que marcan diferencia

A lo largo de los años, en **Glarus Ibérica** nos hemos preguntado qué hace diferentes a los mejores gestores y tramitadores de siniestros. Hemos tratado de averiguar por qué hay profesionales que con las mismas funciones y en el mismo entorno consiguen unos resultados mucho mejores que otros. **¿Qué es lo que marca verdaderamente la diferencia en el rendimiento profesional de gestores y tramitadores de siniestros?.**

La **primera conclusión** a la que hemos llegado es que una clave fundamental está en **“saber lo máximo posible”**. Cuanto más conoces esta profesión, más recursos adquieres para llevar las gestiones a buen término. Y cuando decimos saber, lo decimos con mayúsculas. El tramitador excelente sabe de seguros, sabe de siniestros, sabe de legislación y normativa, pero sabe también de comunicación, de negociación, de psicología. **Cuanto más sabe, más recursos.**

Al margen de esta primera idea, observando a muchos tramitadores a lo largo del tiempo, tanto en compañías como en entidades externas de gestión (la nuestra incluida) hemos llegado también a la siguiente conclusión: **Los profesionales excelentes dominan mejor que el resto cinco elementos.** Las cinco claves del alto rendimiento profesional en el ámbito del siniestro.

Analizando lo que hacen los mejores hemos identificado un modelo de cinco elementos cuyo entrenamiento llevará a cualquier profesional a sus más altos niveles de desempeño y, en consecuencia, de resultados. Y, ¿cuáles son estos elementos?. Son los siguientes:

- **El propio profesional:** el mercado está como está, la legislación es igual para todos, el fraude está ahí esperando, la crisis económica dificulta las negociaciones. Todas estas cuestiones configuran el entorno en el que trabaja el tramitador. Lo cierto es que, con igualdad de entorno, hay profesionales que consiguen mejores resultados que otros. Gestionan más y mejor los expedientes, llegan a mejores acuerdos, liquidan mejor. Por tanto, desarrollar al máximo el potencial profesional es uno de los elementos diferenciadores para el éxito.
- **La comunicación:** el tramitador excelente domina la comunicación interpersonal mejor que el tramitador medio. La principal herramienta en la gestión de expedientes de siniestros es la comunicación. Relaciones con peritos, con abogados, con reparadores, con compañías y con muchas figuras obligan a utilizar al máximo los recursos que cada uno tenemos disponibles para impactar e influir en las personas. Está claro que los mejores profesionales del siniestro tienen un mayor poder de convicción y persuasión.
- **La psicología:** conseguir los mejores resultados en la tramitación implica conocer cómo funcionan los mecanismos de decisión de las personas a la hora de llegar a acuerdos. El tramitador excelente es mejor “psicólogo” que el tramitador medio y conoce cómo piensa y cómo decide cada una de las personas con las que se relaciona en un expediente. Si sabemos cómo se toman las decisiones, podremos tocar los hilos necesarios para llegar a acuerdos beneficiosos.
- **La propuesta de valor:** el tramitador excelente sabe como aumentar el valor percibido de las ofertas que realiza en los procesos de negociación. En muchas ocasiones, gestionar un siniestro implica llegar a un acuerdo con alguien (compañía, asegurado, perjudicado, abogado, etc.). Para tratar de llegar a un acuerdo, el tramitador utiliza una serie de argumentos y propuestas dentro del proceso de negociación. Por desgracia, en muchas ocasiones, “la otra parte” no aprecia el valor de estos argumentos por lo que el acuerdo no se produce. Los mejores tramitadores son capaces de argumentar de forma en que las propuestas aumenten considerablemente el valor percibido y, en consecuencia, llegan a más y mejores acuerdos.
- **El proceso:** por último, tramitar un expediente o gestionar una cartera completa de siniestros de forma excelente implica conocer perfectamente el proceso y las herramientas. Como toda profesión, la gestión de siniestros tiene sus pasos, sus reglas y sus procedimientos. Y, por supuesto, tiene sus herramientas tecnológicas (big data, aplicaciones de gestión, etc.).

Conocer procesos y herramientas y aplicarlas en la secuencia correcta provoca considerables diferencias en los resultados.

La formación y la experiencia del profesional del siniestro considerando estos cinco elementos provocan un gran diferencial de resultados que se traduce en un considerable impacto en la cuenta de resultados de las aseguradoras.

5

El fraude



El fraude en el sector asegurador

Fraude significa *"engaño, malicia, conducta ilícita cuya intención es causar perjuicio a un tercero donde se evidencia la intención de la persona de sustraerse a los deberes de obligación o legales"*. Es el medio por el que se consigue un resultado prohibido a través de actos que a veces no contrarían las palabras de la ley, pero que siempre son contrarios a su sentido.

El fraude, una de las grandes pesadillas de las compañías de seguros, adopta múltiples formas y en los últimos años ha crecido considerablemente. Desde que empezó la crisis, el fraude en España se ha multiplicado, siendo las dificultades financieras y la mala situación de los negocios las que suelen impulsar a cometerlo.

Hay casos que el fraude comienza antes de que ocurra el siniestro, es decir, cuando se contrata la póliza y se ocultan o falsean datos personales o del riesgo a asegurar. Suele ser el primer paso para, posteriormente, cometer el segundo fraude mediante el siniestro.

Por tramos económicos, **se ha estimado que los fraudes por importes inferiores a 600 euros aumentaron un 20% mientras que los fraudes por importes superiores a ese importe, crecieron en torno al 6%.**

Dentro de los fraudes de baja intensidad, aumentaron los siniestros eléctricos (para renovar los electrodomésticos) y las falsas denuncias de robo.

Por ramos, **donde más ha aumentado el fraude es en el de Automóviles**, con un 60% de incremento. Dentro de ese ramo, en lesiones se ha detectado un incremento de hasta el 66%, centrándose los casos en una artificiosa exageración de lesiones o en la "aparición posterior" de lesionados. En los siniestros de daños materiales se observó un incremento del 34% siendo el robo de vehículos o el cambio de piezas en buen estado por piezas de desguace las modalidades con mayor aumento.

En los siniestros de seguros de accidentes, responsabilidad civil y vida se observó un incremento del 28% y mientras que en los siniestros de Multirriesgos (Hogar, Comunidades, comercio...) fue del 10%.

A la hora de justificar el fraude al seguro, quienes lo comenten suelen ampararse en comentarios similares a los siguientes:

- *"Es razonable que me beneficie un poco del seguro, al fin y al cabo, las aseguradoras ganan mucho dinero..."*
- *"Hace muchos años que estoy pagando un seguro y no he tenido ningún siniestro, es justo que "recupere" mi dinero..."*
- *"Aprovecharé el haber tenido un siniestro para que me repongan, modernicen y reparen daños anteriores..."*

No obstante tales "justificaciones" el fraude es un delito de estafa sancionado con penas desde 6 meses hasta 3 años, detalle que los autores no suelen tener en cuenta.

Hemos de tener en cuenta que **el fraude, consumado o no, hace aumentar los costes en la gestión** y esto supone un aumento en las primas que luego, entre todos, hemos de asumir.

Es por esto por lo que las compañías de seguros están aumentando recursos para la lucha contra el fraude. **La gestión de siniestros ya incorpora una mayor vigilancia del posible fraude desde la apertura del expediente y durante la tramitación.** Bien sea a través de servicios externos o a través de los propios departamentos, los tramitadores comienzan a tener entre sus objetivos la detección del fraude. El uso de investigadores privados -cada vez está más extendido- y la creación de “Unidades anti-fraude” dentro de algunas compañías permiten pagar menos del 30% de lo inicialmente reclamado. De hecho se estima que por cada euro que se invierte en combatir el fraude, las compañías se ahorran unos 45 euros en el pago de los siniestros.

Resumiendo, el fraude en el sector asegurador es un mal que **debemos combatir entre todos los que de alguna manera nos vemos implicados en el proceso de producción del seguro y en la gestión del siniestro.** Como hemos comentado anteriormente, el sobrecoste derivado del fraude o de su intento acaba repercutiéndose entre todos los asegurados.

¿Qué hacer con el fraude? “Del trabajo de hormiguita al puñetazo en la mesa”

Cuando uno trata de escribir sobre los fraudes a las entidades aseguradoras se enfrenta a dos preguntas: primera, **¿qué puedo decir de nuevo?** y segunda, **¿qué puedo contar que no sirva de pista a potenciales defraudadores?**

Llevando todo esto en mente, creo que sí pueden ofrecerse algunas notas interesantes para los profesionales del seguro. Los años dedicados a la gestión de siniestros y la brega frecuente con quienes pretenden –ocasional o profesionalmente- engañar al seguro, permiten contar algunas cosas útiles. Vamos con ellas.

Nos vamos a centrar en dos estrategias diferentes para enfrentarnos al fraude. La primera consiste en considerar la lucha contra el fraude una actividad cotidiana que forme parte de los procesos habituales y la segunda implica desarrollar acciones espectaculares que impresionen y sirvan de advertencia a potenciales defraudadores futuros.

La primera, a la que llamaremos aquí “trabajo de hormiguita”, es más ardua, pero más rentable; la segunda, conocida como “puñetazo en la mesa”, es más lucida y menos eficiente.

“Del trabajo de hormiguita...”

La primera estrategia de enfrentamiento contra el fraude implica una (ingrata) tarea cotidiana para conseguir, día a día, detectar y controlar el intento de engaño. Para ello, podemos ofrecer a nuestro

equipo de siniestros algunas tácticas y reglas de conducta. No es necesario que sean ambiciosas, basta con que sean tan claras como estas preguntas:

¿Cuándo debemos sospechar?

Hemos de establecer algunos factores o indicios que permiten suponer que existe una actividad posiblemente fraudulenta: enseguida a todos nos vienen a la mente algunos detalles que nos hacen “torcer el gesto” pero, por razones que ustedes comprenderán, no los difundiremos aquí para no ilustrar a los malos, que también pueden leer este blog. Un buen profesional de siniestros los conoce de sobra; simplemente hay que situarlo en el puesto adecuado en la organización y, muy importante, ponerlo en contacto con los gestores de las bases de datos y dar instrucciones para cruzar la información, por ejemplo: fechas de ocurrencia y fechas de contratación y/o declaración, lugares de ocurrencia y de residencia habitual, capitales asegurados y solvencia patrimonial, número de lesionados que reclaman y comparación con los ratios habituales, siniestros precedentes en nuestras bases de datos, reiteración de siniestros por riesgo y zona...

Y una sugerencia: en las redes sociales la gente lo cuenta todo...

¿Y quién lo detecta?

Es necesario comprometer a todo el equipo. Las alarmas de posible fraude no las tiene que hacer saltar el responsable de lucha contra el fraude sino cualquier profesional que se enfrenta a los siniestros aparentemente normales. El perito que toma contacto cercano con las circunstancias del siniestro y con los participantes en el mismo; el proveedor de servicios (reparadores, talleres, grúas...) que ha intervenido en la reparación de los daños; el mediador que conoce las circunstancias de muchos de los intervinientes. Para todos y cada uno de ellos la aseguradora puede definir –un documento breve, no hacen falta más de dos folios- una serie de situaciones ante las cuales su equipo debe hacer saltar la alarma.

¿Y luego, qué?

Definamos con claridad los procedimientos de actuación cuando saltan las alarmas. El tramitador de siniestros debe saber qué hacer cuando identifica un caso sospechoso: ¿sigue tramitando él o lo traslada a un especialista? ¿Actúa igual con independencia de la cuantía discutida?, ¿debe rechazar el pago o negociar un acuerdo?, ¿conviene ofrecer el silencio como respuesta?, ¿se debe ofrecer al reclamante una contestación expresa?, ¿se le puede acusar de ser un defraudador?.

El manual de procedimientos de lucha contra el fraude se convierte en una herramienta fundamental para dar continuidad a la gestión y apoyo al tramitador que ha detectado la incidencia y que hace saltar las alarmas.

En todo caso es importante amparar y respaldar al tramitador que se enfrenta al fraude potencial. El tramitador debe sentir que su actuación es reconocida y respaldada (llegado el caso, incluso recompensada) por la empresa.

De no hacerlo así, el tramitador puede caer en el desánimo: “oye, *mejor déjalo pasar, que si no te complicas la existencia*”.

¿Cómo hay que portarse?

Deben definirse unas normas de conducta. Unos principios elementales a los que ajustar la actuación del equipo; por ejemplo:

- Términos como “chorizo”, “mangante”, “pirata” y similares quedan excluidos de nuestro diccionario. Jamás deben aparecer en un correo electrónico
- Nunca acusar sin pruebas suficientes
- La buena fe se presume. Sólo cuando se disponga de pruebas suficientes se puede establecer una acusación.
- No dejarlo pasar: hay que ser activo en la persecución del fraude porque siempre es rentable.

“... al puñetazo en la mesa”

Esta segunda estrategia consiste en realizar actuaciones especiales para descubrir fraudes importantes o tramas organizadas, generalmente tratando de obtener cierta repercusión mediática o, al menos, corporativa.

El resultado de estas actuaciones o campañas es muy vistoso y puede causar la impresión de que la Compañía lucha activamente contra el fraude, incluso puede atemorizar a posibles defraudadores futuros. De todos modos, su rentabilidad es muy limitada, ya que, aunque se descubra un caso muy relevante, son las pérdidas diarias las que verdaderamente deterioran la cuenta de resultados.

Nuestra opinión es que sólo merece la pena realizar este tipo de acciones espectaculares si son complemento de la labor “de hormiguita”. Se trata de hacer visible ante potenciales defraudadores que nuestra empresa actúa todos los días y que lo hace con contundencia. El defraudador que más daño causa es el de todos los días y a éste no lo disuaden las acciones mediáticas esporádicas.

Infidelidad de empleados: las cuatro prácticas de fraude monetario más habituales

Aunque las **pólizas de infidelidad de empleados** protegen a las organizaciones sobre diversos tipos de riesgos (monetarios, de utilización de marca, sabotajes, etc.), en el presente artículo nos centramos en las prácticas “infieles” que resultan más habituales en la mayoría de las organizaciones: **los fraudes monetarios (robos)**.

El robo por parte de los empleados cuesta a las empresas millones de euros todos los años, por lo que es una cuestión con una mayor importancia sobre la cuenta de resultados de la que en ocasiones se le otorga. Un informe de la aseguradora *Hannover Insurance Group* realiza una evaluación de las cuatro prácticas fraudulentas con mayor impacto en los negocios y ofrece recomendaciones para prevenir su ocurrencia. Aunque el estudio se realizó sobre una muestra de empresas americanas, estamos seguros de que las conclusiones son de aplicación a las empresas europeas en general y a las españolas en particular.

La gestión del fraude monetario por parte de los empleados es una función que corresponde en primer lugar al propio empresario o a la dirección de la empresa. **Es necesario “poner las cosas difíciles” para cometer este tipo de delitos** y desarrollar estrategias de prevención. Llevar a cabo un análisis preliminar de la compañía y de sus procedimientos operativos y de seguridad es siempre el primer paso.

Algunas preguntas que pueden ayudar a identificar problemas potenciales son las siguientes:

- La tipología de los artículos y el merchandise de la compañía, ¿es deseable como para robarlo?, ¿es fácil de robar?
- ¿Qué tipo de controles financieros se han puesto en marcha en lo que se refiere a cuestiones como la caja, los ingresos y retiradas de efectivo en el banco o el pago de facturas?
- ¿Pueden los albaranes o las facturas recibidas ser alteradas de alguna manera?
- ¿Pueden entrar y salir los empleados a las instalaciones fácilmente, sin ser vistos?

Como las anteriores, una **auditoría inicial de seguridad** contribuiría a clarificar el riesgo potencial de la empresa de sufrir este tipo de fraudes.

El mencionado informe de *Hannover* identifica **cuatro medidas para controlar el fraude monetario** (o robo, si se prefiere llamar así) de los empleados:

1. **Evaluación previa a la contratación del empleado:** Se trata de contratar a personas honestas, además de formadas, preparadas y con experiencia. Para comprobar esta cuestión, se podrían incluir durante el proceso de selección, dependiendo de la posible criticidad de la posición a ocupar por el empleado, medidas como la verificación de referencias y la

comprobación de posibles antecedentes. Puede sonar exagerado, pero lo cierto es que estos registros ofrecen información de interés.

2. **Procedimientos e instrumentos de control:** Es recomendable escribir protocolos sobre controles de seguridad y accesos, políticas de la compañía tanto en este ámbito como en lo que se refiere al manejo de dinero y, sobre todo, qué sucede si éstos son violados por parte de cualquier empleado de la empresa.
3. **Incrementar la satisfacción del empleado:** Muchos de los casos de robo en el lugar de trabajo se han relacionado con bajos niveles de motivación y satisfacción con el trabajo por parte del individuo. Se aconseja por ello establecer mecanismos que favorezcan la comunicación, programas de formación, sistemas de retribución y reconocimiento y planes de carrera motivadores son algunas de las cuestiones que pueden incidir directamente en reducir esta causa. Parece lógico pensar que un empleado motivado se siente parte de la empresa en mayor medida, reduciéndose enormemente la probabilidad de prácticas “infieles”.
4. **Denunciar y perseguir los delitos cometidos:** En muchas ocasiones, la realidad es que no se persigue adecuadamente ni se investiga la comisión de este tipo de delitos. Bien sea por la cantidad, por la complejidad de los procesos o por otras razones, muchos delitos quedan sin salir a la luz pública. El miedo a ser identificados y demandados puede suponer un importante freno para la persona que comete esta clase de delitos, por lo que es fundamental utilizar un delito perpetrado para tratar de evitar los siguientes.

Además de estas medidas, otras recomendaciones que pueden contribuir a reducir las oportunidades de cometer fraudes por parte del trabajador pueden ser las siguientes:

- Establecer un sistema de transparencia para las transacciones monetarias en todas las posiciones de la organización.
- Concienciar de la importancia que tiene la honestidad y la ética en el puesto de trabajo, estableciendo un sistema que garantice el anonimato a través del cual cualquier trabajador pueda poner en conocimiento de la dirección prácticas sospechosas.
- Llevar a cabo investigaciones en profundidad ante cualquier discrepancia.
- Contratar una póliza de seguro que cubra el riesgo de infidelidad de empleados.

6

Run off de carteras de siniestros



Qué es el Run Off de carteras de siniestros

Como hasta la fecha nadie ha propuesto un equivalente válido en lengua castellana, utilizamos siempre el término en inglés. Y como parece que hasta la fecha el concepto tampoco ha sido del todo explicado y muchas veces es mal entendido, vamos a dedicar unas líneas a explicar qué entendemos, qué queremos decir cuando hablamos de *run off*.

Teniendo en cuenta que una definición de la gestión *run off* puede dejar muchos cabos sueltos, vamos a tratar de explicar en qué consiste mediante una serie de preguntas y respuestas.

¿Qué fines pretendemos cuando aplicamos la gestión run off?

Mejorar los resultados de nuestro negocio, obteniendo valor de nuestra cartera de siniestros.

Desde el primer momento hemos de destacar que no se trata necesariamente de carteras extintas o sin nueva producción, que este modelo de gestión no se aplica solamente a carteras con malos resultados, que una cartera *run off* puede pertenecer a un negocio corriente, que las líneas de negocio afectadas pueden ser perfectamente viables y rentables. Debemos desterrar las connotaciones negativas y dejar de asociar *run off* a carteras con problemas: la *gestión run off* puede cumplir con el objetivo aportar valor y mejorar resultados, con independencia de la situación del negocio y de la cartera de siniestros afectada. El *run off* no es un virus.

¿Cómo puede la gestión run off mejorar los resultados de nuestro negocio?

Mediante una reducción de los pasivos de siniestros y una optimización del coste de los activos dedicados a garantizar tales pasivos. Naturalmente, nos surgirán de inmediato dos preguntas:

¿Por qué con la gestión run off pueden reducirse los pasivos de forma más rentable y eficiente que bajo una gestión normal? ¿Es que los gestores run off lo hacen mejor?

- Los gestores del run off no son mejores, pero sólo se dedican a eso, a gestionar la parte de la cartera que hemos considerado objeto de la gestión *run off*. La experiencia acumulada en gestión *run off* permite a los especialistas conocer bien cómo segmentar (hay quién dice “trocear”) la cartera, cómo valorar adecuadamente la cartera, cómo identificar los segmentos que exigen atención prioritaria, dónde hallar pasivos que pueden liberarse sin coste o a un coste muy reducido... es decir, todas las destrezas que permiten gestionar el *run off* de forma eficiente.
- Los siniestros guardados en un armario cada vez cuestan más. Factores como la inflación, los intereses de demora y la propia evolución legislativa y de protección social (que raramente son regresivas) hacen que esos pasivos sean más costosos cuanto más tardemos en liquidarlos.

- Los gestores especializados en *run off* tienen departamentos específicamente dedicados y entrenados para la obtención de recobros y reducir así el coste final de los siniestros. Un equipo no especializado suele estar bastante desbordado con la atención cotidiana de los siniestros como para dedicar esfuerzos o derivar recursos específicos para reclamar recobros.

¿Por qué la gestión run off optimiza el coste de los activos?

- Porque reducimos la volatilidad de los activos vinculados a la cartera en run off. La volatilidad supone un riesgo y el riesgo implica un coste. Si liquidamos de forma activa una cartera *run off*, reduciremos los activos (potencialmente volátiles por definición) necesarios para cubrirla.
- Porque las soluciones de gestión run off aportan certidumbre sobre i) el coste final de la cartera y ii) sobre el tiempo necesario para liquidarla. Mayor certidumbre implica menor riesgo y, por tanto, menores costes de financiación.
- Porque si necesitamos financiación no pediremos más de lo necesario. Financiarse en exceso es ineficiente y caro. Sólo conociendo con precisión el valor de la cartera *run off* podremos definir qué financiación precisamos exactamente y no pagar más que por la necesaria.
- Porque la posible liberación de liquidez fruto de la gestión *run off* puede ser empleada para remunerar al accionista de acuerdo con las tasas de retorno que éste exige.
- Porque podremos emplear los excedentes que arroja una parte de la cartera (por ejemplo, siniestros prescritos o potenciales recobros no reclamados) para financiar, total o parcialmente, las posibles infravaloraciones de otra parte de la cartera.

Conclusión: ensayemos una definición del concepto run off

La gestión run off consiste en esforzarse por obtener un valor adicional convirtiendo problemas potenciales en oportunidades de negocio...

... aplicando una gestión activa de los riesgos: no esperarlos sino buscarlos,

... empleando herramientas de gestión orientadas a obtener valor de los pasivos: no permitir que éstos engorden en la soledad de un armario,

... y empleando de forma eficiente los activos: no tenerlos destinados a cubrir responsabilidades inciertas y que podríamos extinguir.

El proceso y la estrategia de gestión run off

Una vez que sabemos qué es, centraremos ahora nuestra labor en explicar cómo se hace, cómo llevamos a cabo una gestión *run off* y qué procesos o fases seguimos para alcanzar los objetivos que explicábamos en el post anterior.

Tareas fundamentales de un proceso de gestión run off

La identificación de la cartera objeto

Como hemos apuntado en nuestro artículo anterior, una cartera *run off* no tiene que ser necesariamente problemática. Una cartera *run off* es aquella de la que deseamos extraer valor. La identificación de la cartera *run off* depende de la gravedad de los riesgos que le afectan, a saber:

- **Riesgos de suscripción:** aquellos riesgos que afecten al momento de ocurrencia, a la frecuencia y al coste potencial
- **Riesgos de mercado:** los asociados al nivel o volatilidad de los precios de los instrumentos financieros que influyan en el valor de los activos y pasivos de la empresa
- **Riesgos de contrapartida:** riesgo de incumplimiento o de degradación de rating de las contrapartes, en particular de reaseguradores

En una cartera de siniestros podemos tener en cuenta, por ejemplo, los siguientes riesgos: volatilidad (riesgo de desviación del coste final) de los siniestros pendientes; riesgo de reaperturas; riesgo de IBNR en carteras de “larga cola”; grado de judicialización; riesgo de modificación del rating del reaseguro que protege esos siniestros; riesgo de variación en el coste del capital destinado a esos siniestros; riesgos de valoración de potenciales recobros; riesgo de modificaciones legales que agraven el coste; etc.

Dedicación de un equipo especializado

El equipo *run off* puede ser interno, externo o mixto y sus funciones pueden limitarse a la simple evaluación de los riesgos o también incluir la responsabilidad de su liquidación.

Las características que debe reunir un equipo de gestión *run off* son:

- Experiencia en la gestión de siniestros run off
- Capacidad de planificar la liquidación: segmentación y objetivos
- Capacidad de identificar el siniestro volátil

- Orientado a la liquidación acelerada y al cierre anticipado de responsabilidades (conmutación: cambiar un coste cierto por una incertidumbre futura)
- Experimentado en la estructuración de soluciones de transferencia de riesgo, en su caso

Valoración de los riesgos que afectan a la cartera

Una vez seleccionada la cartera y designado el equipo que se va a responsabilizar de acometer la gestión run off, éste debe realizar un análisis de los riesgos que afectan a la cartera, desde un doble punto de vista:

- **Análisis cuantitativo.** Adecuación de las provisiones. Se trata de un análisis estadístico de la cartera objeto y del estudio detallado de una muestra representativa de siniestros: obtención de base de datos; verificación de la bondad de la base de datos; obtención de una muestra representativa de expedientes y revisión, caso a caso, mediante una ficha de valoración especialmente diseñada; extrapolación de los resultados; estudio específico de los factores de cola en las series más antiguas, etc.
- **Análisis cualitativo.** Se estudian otros factores que influyen en la evolución de la cartera, tales como el cumplimiento de las normas internas de gestión y jerarquía; los criterios y módulos de apertura; los criterios de oferta a asegurados y perjudicados; las normas para acuerdos transaccionales, quitas y judicialización; las reglas de gestión y valoración de recobros; el orden de la documentación y archivo; la calidad de la información en sistema informático; la calidad y remuneración de la red de profesionales y honorarios, etc.

Eliminación y/o reducción de los riesgos que afectan a la cartera

Lo que se ha hecho hasta este momento es preparar la cartera para liquidarla puesto que, como hemos dicho, la liquidación y cierre correcto de los siniestros es la forma de reducir o eliminar los riesgos que afectan a la misma. También es posible eliminar dichos riesgos mediante su transmisión a un tercero (reasegurador).

Esta gestión sólo es posible llevarla a cabo de forma eficiente si se encarga a un equipo especializado y experimentado en tareas tales como:

- La segmentación de la cartera, sobre la base de criterios tales como la volatilidad derivada de la falta de información; la naturaleza de los riesgos y de los intereses asegurados; la antigüedad de los siniestros; el coste pendiente de liquidación, etc.
- La distribución de la cartera entre el equipo dedicado
- La revisión acelerada de siniestros
- La fijación de objetivos: de pagos, de resultados, de liquidación...

La conclusión del run off: la extinción del riesgo

La gestión run off habrá concluido cuando hayamos extinguido todos los riesgos inherentes a la cartera objeto. Este proceso puede desarrollarse de forma interna o acelerarse enormemente si se opta por transferir los riesgos a un tercero: las características de las coberturas run off serán objeto de un futuro artículo que mostraremos en este blog.

Run off y la cobertura de la cartera de siniestros

La cartera de siniestros es uno de los componentes fundamentales, si no el más importante, del pasivo de una aseguradora. La correcta valoración y gestión de ese pasivo tiene importantes consecuencias para su rentabilidad y para su solvencia.

El valor de ese importante pasivo está compuesto fundamentalmente por:

- El coste futuro de los siniestros ya conocidos y contabilizados pero que todavía no han sido liquidados o pagados
- El coste futuro de los siniestros que ya han ocurrido pero que aún no nos han comunicado (los denominados habitualmente IBNR)
- El coste futuro de los siniestros que fueron cerrados incorrectamente en el pasado (las famosas reaperturas)

Como ustedes seguramente saben, la valoración de esos costes futuros están sujetas a gran incertidumbre ya que hay factores que en el momento de la valoración aún no se conocen o que, aunque se conozcan, no se pueden valorar todavía con precisión. Es decir, nunca tenemos certeza absoluta cuando valoramos uno de los pasivos más importantes de las aseguradoras.

Por ese motivo hace años que surgió la pregunta:

¿Puede alguien protegerme de esa incertidumbre?

...o dicho de otra manera: ¿puede alguien asumir ese riesgo? ¿Puede alguien garantizarme que si el valor de ese pasivo no es correcto eso no le costará la solvencia a mi Compañía?. En fin, ¿se puede asegurar ese riesgo?.

La respuesta a todas esas preguntas es afirmativa. Es posible proteger la cartera de siniestros mediante la cesión a un tercero del riesgo de su coste final y la consiguiente eliminación del posible impacto – financiero y patrimonial - negativo derivado del eventual deterioro futuro de las reservas.

Normalmente esta cesión se articula mediante un contrato de reaseguro retrospectivo en exceso de pérdidas agregadas. Para entenderlo mejor lo más útil será explicar cada uno de los términos que componen este largo nombre:

- **Reaseguro:** se trata de un reaseguro porque se cubre un riesgo derivado; es decir, riesgos que han sido previamente transferidos a una entidad aseguradora por los directamente afectados (los asegurados).
- **Retrospectivo:** no se garantizan riesgos que vayan a suscribirse o aceptarse en un futuro sino que ya fueron suscritos por una aseguradora y que incluso ya han dado lugar a siniestros.
- **En exceso de pérdidas:** el reasegurador asume los costes en exceso de una cifra pactada con la cedente. Esa cifra puede ser igual o mayor que cero.
- **Agregadas:** las pérdidas no se computan para un caso concreto sino para un conjunto de siniestros.

Pero el riesgo de desviación del coste final, con ser el más importante, no es el único que afecta a una cartera de siniestros. Existen otras incertidumbres que también pueden ser transmitidas a terceros, como veremos en el siguiente apartado.

¿Se pueden ceder otros riesgos que afectan a la cartera?

La respuesta es también afirmativa. Cuando se protege una cartera mediante un reaseguro retrospectivo también se transmiten otros riesgos, como por ejemplo:

- El tiempo que se va a tardar en liquidar la cartera y por tanto, el rendimiento financiero que se podrá obtener de los activos que la cubren y el coste que supone mantener éstos dedicados a tales cometidos
- El valor (depreciación o apreciación) de los activos con que se cubre la cartera de siniestros
- El coste futuro de gestionar y liquidar la cartera

Desde el momento en que se contrata un reaseguro retrospectivo para proteger la cartera de siniestros, todos los riesgos expuestos son transmitidos – en sentido económico - al balance de un tercero. Gracias a esa operación quedará cubierto el pasivo de la Compañía de seguros con un activo principal: el crédito contra el reasegurador que debe soportar (total o parcialmente) a partir de entonces el coste de esa cartera de siniestros.

Run off: modalidades habituales de reaseguro sobre carteras de siniestros

Como vimos en un artículo anterior, existe la posibilidad de ceder a un reasegurador el riesgo de coste final y otros riesgos que afectan a la cartera de siniestros. Esa cesión se formaliza mediante un contrato de reaseguro retrospectivo en exceso de pérdidas agregadas.

En este artículo nos centraremos en explicar brevemente las dos modalidades más habituales para esos contratos de reaseguro retrospectivo. Son las siguientes:

ADC Adverse Development Cover

La cobertura protege solamente contra el riesgo de desviación en el coste final de la cartera, asumiendo el reasegurador el coste sólo en el momento en que éste supere la prioridad agregada previamente convenida.

La cedente asume el pago directo de los siniestros que formen parte de la cartera objeto y sólo cuando el importe pagado supere la prioridad agregada, deberán los pagos ser reembolsados por el reasegurador.

Esta cobertura suele pactarse neta de los costes que sean a cargo de los reaseguros tradicionales que hubiera suscrito la cedente, de modo que cualquier suma que se recuperase de los reaseguradores “tradicionales” correspondería al reasegurador que facilita la cobertura ADC.

LPT Loss Portfolio Transfer

El reasegurador cubre también el riesgo del coste final de la cartera, aunque comienza a atender los pagos desde el primer euro. Es decir, no es necesario que el coste de la cartera supere la prioridad agregada del ADC para que el reasegurador asuma los pagos.

Esta es una cobertura mucho más completa que la anterior ya que, además del riesgo ADC (es decir, la posibilidad de que la cartera evolucione de forma desfavorable) el reasegurador cubre también otros riesgos adicionales no directamente ligados al coste de la cartera sino a la forma en que se gestionen ésta y los activos que se le asocian:

- **El riesgo inherente a la velocidad de liquidación de la cartera y el consiguiente impacto sobre los rendimientos financieros.** En una cartera de siniestros que se liquiden más lentamente, el rendimiento financiero que puede obtener el asegurador es normalmente mayor; por tanto, si la cedente no tiene que atender el pago de los siniestros tampoco le afectará el riesgo de que la velocidad de liquidación sea mayor.
- **El riesgo que afecta a los instrumentos financieros en los que se materializan las provisiones técnicas.** Las fluctuaciones del mercado financiero afectan al valor de los activos. El efectivo que puede obtenerse con su realización depende también en gran medida

del momento en que se tenga que hacer (no es lo mismo realizar activos a su vencimiento que hacerlo de forma anticipada en momentos de incremento o reducción de los tipos de interés o de la rentabilidad de los propios activos)

Como se observa, esta cobertura se asemeja a una cesión jurídica de la cartera de siniestros (de ahí su denominación “*loss portfolio transfer*”), aunque en realidad los riesgos que se transfieren son únicamente económicos porque la titularidad formal de las obligaciones sigue siendo de la aseguradora cedente.

La intervención de un TPA en la liquidación de la cartera

La contratación de una cobertura ADC ó LPT suele incluir la designación de un tercero que va a intervenir en la liquidación de la cartera objeto, de modo que esta liquidación proteja también los intereses del reasegurador ADC ó LPT, al que se ha cedido la mayor parte de los riesgos económicos inherentes a dicha cartera.

Impacto de las coberturas en el patrimonio de la cedente

En un artículo posterior trataremos sobre el impacto económico de este tipo de coberturas en general y, en especial, sobre los requerimientos de capital de solvencia para la cedente. La cesión de esos riesgos implica que el capital será, en su práctica totalidad, aportado por el reasegurador, percibiendo éste a cambio una prima. Tal prima se configura como coste del capital aportado, siendo dicho coste más reducido que el de otros sistemas para obtenerlo.



Glarus Ibérica: Soluciones definitivas de gestión de carteras de siniestros

Glarus Ibérica es una compañía formada por un equipo de profesionales altamente especializado en la prestación de servicios de valoración, gestión y liquidación de carteras de siniestros por cuenta de entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Nuestro equipo ha participado, desde 1997, en la **valoración** de gran número de carteras de siniestros, en la **liquidación** de carteras completas y en la **externalización** de la gestión de siniestros por cuenta de numerosas entidades aseguradoras de primera línea.

Nuestros clientes quieren controlar y tratar de manera óptima los riesgos de sus carteras de siniestros y contar, además, con la seguridad de que la gestión es asumida por verdaderos expertos.

“Nuestra Misión es ofrecer un servicio de calidad y gran valor añadido, procurando a nuestros clientes certidumbre frente a los riesgos asociados a cualquier cartera de siniestros”.

Glarus Ibérica ofrece al mercado asegurador y reasegurador **soluciones globales en el ámbito de la gestión de siniestros**. El conocimiento de distintas situaciones, problemáticas y compañías nos permite definir una oferta sólida y muy adaptada a las diferentes situaciones y características de las carteras de siniestros.

Desde la planificación hasta el control, pasando por la gestión, en Glarus Ibérica asumimos con responsabilidad la valoración y liquidación de las carteras que una compañía nos asigna. Desde un segmento concreto de los siniestros hasta carteras completas, en Glarus Ibérica contamos con personas y procesos que aportan valor a su organización.

Carteras corrientes

Gestionamos **carteras de siniestros que afectan a negocios en producción** y desarrollo, ya se trate de series corrientes o anteriores.



A través de este servicio la Compañía consigue estos objetivos:

- Evita crear o mantener una estructura interna de gestión con coste permanente.
- Centra sus equipos en determinadas áreas de negocio o en segmentos específicos de la cartera.
- Obtiene apoyo extraordinario en “puntas” de trabajo.

Carteras Run Off

Gestionamos **carteras que afectan a negocios terminados o en proceso de extinción**. La gestión de Glarus Ibérica puede asociarse a operaciones de transferencia del riesgo de desarrollo futuro de la cartera.

A través de este servicio, la Compañía:

- Dedicar sus recursos al negocio vivo o a áreas de desarrollo futuro.
- Facilita operaciones corporativas tales como ventas, cesiones de cartera, cese de negocio, cierre de sucursales, etc.
- Complementa operaciones de protección frente al riesgo de desarrollo futuro de la cartera.

Gestión de recobros

Aportamos rentabilidad extra a la cuenta de resultados mediante la gestión de los expedientes de recobro de nuestras compañías cliente, retornando resultados adicionales y contribuyendo a la mejora de la calidad operativa.

- Gestionamos todo tipo de recobros, incluyendo los tramitados a través de convenios y plataformas sectoriales, con limitaciones en aquellas tareas específicas que la compañía decida retener para sí.
- Proporcionamos a la aseguradora un feed-back periódico que le permite mantener puntualmente actualizada toda su información contable y de gestión, incluyendo las reservas activas o expectativas de recobro.



- Mantenemos contacto directo con los clientes, proveedores y terceros responsables o implicados, sin requerir dedicación adicional al equipo de la compañía.
- Gestionamos las bases de datos y realizamos las explotaciones estadísticas desde nuestra propia aplicación, siempre cumpliendo con la legislación de protección de datos para un nivel de seguridad alto.
- Aceleramos el plazo medio de liquidación de siniestros de recobro y reducimos la judicialización.
- Ayudamos a la compañía a optimizar su estructura organizativa, evitando la necesidad de mantener una estructura específica y de soportar gastos fijos para esta función.

Consultoría

Estudios y Valoración de Carteras:

- Facilitamos a las aseguradoras una opinión profesional, especializada e independiente sobre aspectos cualitativos (procesos de gestión) y cuantitativos (suficiencia y adecuación de provisiones).
- Un complemento de alto valor que puede asociarse a operaciones de transferencia de riesgo.

Otros servicios

- Estudios actuariales.
- Organización de áreas de siniestros.
- Formación y selección de equipos.

Soporte informático

- Ponemos a su disposición aplicaciones informáticas especializadas y adaptadas a cada necesidad, que permiten una externalización total de los servicios de gestión de siniestros.
- El cliente puede tener siempre acceso remoto a la aplicación para el adecuado control y seguimiento de su cartera.
- Informamos al cliente con el detalle y con la periodicidad que requiera.



Madrid

C/ María de Molina, 37
28006 - Madrid

Barcelona

C/ General Prim, 3. 2º
08940 - Cornellá de Llobregat

tel: +34 915 339 444
fax: +34 915 346 031
info@glarusiberica.com

