



MUÑOZ ARRIBAS
A B O G A D O S

Memoria de actividad 2025

Índice

Entrevista a José Antonio Muñoz Villarreal, en Líder Legal	2
Características principales de los seguros D&O, por Alberto Muñoz	6
Novedades de la fiscalidad de las indemnizaciones RC o cómo cargar de más gastos a las aseguradoras, por Alberto Muñoz	24
Entrevista a José Antonio Muñoz Villarreal, en INESE	27
El Supremo limita la cobertura del seguro por interrupción del negocio, en El Confidencial	28
El Reglamento de Ciberresiliencia: nuevas obligaciones para fabricantes, por Alberto Muñoz	31
Falsa alarma: las víctimas de tráfico no deben tener motivo de preocupación, por Bernardo Ybarra	33
Intereses del artículo 20, ¿es el momento de UNESPA? Por José Antonio Muñoz Villarreal	36
25 años de la LOE: es necesaria una actualización, en INESE	38
25 años de la LOE: es necesaria una actualización, en Boletín de Responsabilidad Civil	41
Riesgos derivados del uso de algoritmos y acceso al código fuente, por Alberto Muñoz	44
Riesgos legales invisibles para una agencia de suscripción (y cómo evitarlos), entrevista a Bernardo Ybarra en el Podcast de ASASE	48
Breve resumen de las modificaciones establecidas en la Ley 5/2025	49
Prescripción y accidentes de trabajo, por Ismael Valera Bonet	50
Entrevista a Francisco Javier Muñoz, en Líder Legal	55
Lo mejor y lo peor de la LCS, por José Antonio Muñoz Villarreal	61
2025: Práctica contenciosa para abogados: Análisis de la SAP de Madrid de 4 de junio de 2024, Seguro de Accidentes, Covid y falta de cobertura, por Bernardo Ybarra	63

Líder Legal

EL PRIMER DIARIO LEGAL IBEROAMERICANO

[HOME](#) / José Antonio Muñoz, de Muñoz Arribas: “La innovación y la transformación digital juegan un papel clave en nuestra estrategia”



septiembre 29, 2025

Por Heidi Maldonado

Nació hace 45 años como un despacho familiar enfocado en el asesoramiento laboral a empresas, sin embargo, a finales de los años 90 empezó a trabajar con aseguradoras y, como venían desenvolviéndose en el mundo laboral, se enfocaron en los accidentes de trabajo y con el tiempo fueron creciendo y entrando a gestionar todo tipo de riesgos.

Hoy conversamos con **José Antonio Muñoz Villareal**, socio director de **Muñoz Arribas**, sobre la evolución de la firma. Entre otros temas abordamos el papel que juega la innovación y la transformación digital en su estrategia para este año y se refirió, además, a los desafíos y oportunidades que enfrenta el sector asegurador en la actualidad.

“En este momento nuestro principal nicho de negocio sigue siendo el sector asegurador, al que prestamos servicios ya no solo en siniestros, como al principio, sino en otras cuestiones (regulatorio, contratación, etc.). Sin embargo, estamos abriendo el despacho a otro tipo de asesoramiento a empresas, en particular laboral, mercantil y fiscal (esto último a través de un despacho asociado)”.

La firma ofrece asesoramiento en diversas áreas, como seguros y reaseguros, responsabilidad civil, accidentes laborales y Seguridad Social, entre otras. ¿Qué los llevó a diversificar sus servicios en estas áreas específicas?

Porque para sobrevivir debes diversificar. Utilizando el refranero, no es bueno tener “todas las manzanas en la misma cesta”. De hecho, al día de hoy la RC patronal y la RC profesional siguen siendo pilares importantes de nuestro despacho, pero hemos tenido un crecimiento mucho más elevado en otro tipo de servicios con es regulatorio y Ciber.

Trabajan con sectores como asegurador, banca, colegios profesionales, ingeniería y construcción e inmobiliario. ¿Cómo abordan las particularidades legales de cada uno de estos sectores?

Conociendo al cliente. Si no conoces al cliente, sus preocupaciones, sus peculiaridades, difícilmente puedes asesorarle. No puede tratarse a todas las empresas de un mismo sector como si fueran una única empresa.

Nosotros siempre hemos entendido que somos un *partner* legal de los clientes. Por ello, contamos con un equipo de abogados especializados en diversas áreas del derecho, lo que nos permite abordar las particularidades legales de sectores tan diversos como el asegurador, bancario, los colegios profesionales, la ingeniería, la construcción y el inmobiliario.

Cada uno de estos sectores tiene sus propios desafíos y normativas específicas, por lo que adoptamos un enfoque multidisciplinario y personalizado para cada cliente

Muñoz Arribas Abogados ha sido reconocida por publicaciones como Chambers and Partners y Legal 500. ¿Qué significan para ustedes estos reconocimientos?

Es cierto que al principio no le dimos la importancia que al final creemos que tienen estos dos reconocimientos en concreto, lo que entendemos es que no

deja de ser un reconocimiento a una labor bien hecha. Y más en un despacho como el nuestro, de origen familiar y completamente nacional.

Recientemente, han renovado su página web y actualizado su imagen corporativa. ¿Qué papel juega la innovación y la transformación digital en la estrategia de la firma?

Es esencial para afrontar no ya el futuro, sino el presente que ya está aquí, y para poder buscar la máxima rentabilidad en un mercado ahora algo complejo. En nuestra firma, la innovación y la transformación digital juegan un papel clave en nuestra estrategia y en la forma en que brindamos nuestros servicios a los clientes. La renovación de nuestra página web y la actualización de nuestra imagen corporativa son parte de un proceso más amplio para adaptarnos a los cambios tecnológicos y satisfacer las nuevas demandas del mercado.

La digitalización nos permite ofrecer una experiencia más eficiente y accesible tanto para nuestros clientes como para nuestro equipo. Entre las acciones más destacadas, implementamos herramientas digitales que optimizan la gestión de casos, la comunicación con los clientes y la toma de decisiones, todo ello garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.

Estamos, además, ya trabajando en implantación de tecnologías avanzadas, como la inteligencia artificial y la automatización de procesos, que nos permita mejorar la calidad de nuestros servicios legales, agilizando trámites y reduciendo plazos de respuesta.

El proceso de transformación digital no solo se limita a la infraestructura tecnológica, sino que también impulsa una mentalidad de innovación constante en todos los niveles de la firma.

En abril de 2024 firmaron una alianza estratégica con Asesoría Fiscal y de Gestión S.L. ¿Qué objetivos persiguen con esta colaboración y cómo beneficia a sus clientes?

Así es; el objetivo es ofrecer un servicio integral a nuestros clientes, que cubra tanto sus necesidades legales en materia de seguros como su planificación y gestión fiscal y mercantil. Esta colaboración nos permite brindar soluciones más completas y personalizadas, asegurando que nuestros clientes cuenten con una asesoría experta en ambas áreas.

Con su amplia experiencia, ¿cuáles consideran que son los principales desafíos y oportunidades que enfrenta el sector asegurador en la

actualidad?

Por un lado, la búsqueda de la seguridad jurídica. Tenemos aún cuestiones a las que el sector debe enfrentarse como los intereses del art. 20 de la LCS, o los requisitos de las Pólizas.

Por otro lado, en cuanto a Regulación y Cumplimiento Normativo: el sector asegurador enfrenta constantemente desafíos relacionados con la regulación en evolución, tanto a nivel nacional como internacional. Las aseguradoras deben cumplir con normativas cada vez más estrictas sobre protección de datos (como el RGPD en Europa), transparencia en la contratación y la gestión de siniestros. Tenemos, por último, la aparición de nuevos Riesgos Tecnológicos: la digitalización del sector, aunque trae enormes beneficios, también conlleva riesgos asociados con la ciberseguridad. Los aseguradores deben proteger la información sensible de los clientes y evitar brechas de seguridad que puedan afectar su reputación y generar responsabilidades legales.

Mirando hacia el futuro, ¿cuáles son los próximos pasos o proyectos que Muñoz Arribas Abogados tiene en mente para seguir liderando en el ámbito del Derecho de Seguros?

En primer lugar, a través de la Transformación Digital y Nuevas Tecnologías: el sector asegurador tiene una gran oportunidad de mejorar su eficiencia y ofrecer nuevos productos mediante el uso de tecnologías como la inteligencia artificial, el big data, el blockchain y la automatización de procesos. Estos avances pueden facilitar la personalización de pólizas y mejorar la experiencia del cliente y como despacho tenemos que conocer y asesorar toda esta innovación.

Como despacho de abogados, también nos encontramos con una oportunidad en la necesidad de asesoría especializada en los distintos desafíos legales que enfrentan las aseguradoras, ya sea en el ámbito de la regulación, la gestión de riesgos, la defensa frente a demandas de clientes o la negociación de contratos complejos.



ANÁLISIS DOCTRINAL

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS SEGUROS DE D&O

Alberto Muñoz Villarreal

Profesor Contratado Doctor (Acr.) de la Universidad Autónoma de Madrid

Socio de Muñoz Arribas Abogados S.L.P.

1. CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE ADMINISTRADORES Y DIRECTIVOS

El riesgo asegurado es la responsabilidad civil en que incurran los administradores, consejeros y directivos en el ejercicio de sus funciones por incumplimientos involuntarios de los deberes inherentes al cargo.

Ampara actos u omisiones cometidos por un asegurado en el ejercicio de su cargo y actuando en su condición de tal, contrarios a la ley o a los estatutos sociales, así como cualquier incumplimiento de un deber u obligación en el desempeño de su cargo, incluyendo declaraciones erróneas o inexactas y

prácticas de empleo indebidas, cometidos antes o durante la vigencia del seguro.

Como características básicas de este seguro podemos señalar las siguientes:

- No es un seguro para la empresa.
- Es un seguro de responsabilidad civil que protege el patrimonio personal de los consejeros, administradores y altos cargos sociales.
- Protege básicamente a personas físicas.
- Las reclamaciones que ampara son por perjuicios financieros causados a terceros (accionistas, clientes, etc.) por falta de diligencia en la gestión social, incluyendo las reclamaciones por la inadecuada gestión de los recursos humanos.
- En líneas generales protege la gestión amplia de una empresa por su equipo de dirección y gestión.

Coberturas. Exclusiones

Las Coberturas por oposición a las exclusiones, son las garantías que el asegurador otorga en la póliza al asegurado para protegerle del riesgo. Los términos cobertura y garantía son sinónimos y se refieren al alcance de la póliza. Las coberturas son el objeto del seguro y pueden variar de unas aseguradoras a otras dentro de la misma clase de seguro.

En el seguro de D&O hay coberturas principales, como la indemnización, las fianzas o la defensa jurídica, y coberturas complementarias, que en algunas pólizas se determinan extensiones.

Estamos con terminología castellana ante el Aseguramiento de la Responsabilidad de los Administradores y Altos Ejecutivos y hemos de tener en cuenta que dentro del concepto administrador se incluyen tanto personas físicas, como jurídicas, y que cuando hablamos de cargo directivo estamos haciendo referencia a un “cargo jerárquico, orgánico, operativo o funcional ejercido por una persona física que forma parte, como empleado, de la compañía tomadora de la póliza, para desempeñar las funciones encomendadas. Este cargo puede ser ejercido en la sociedad matriz y/o en las filiales o participadas de la matriz. Los cargos directivos, tanto en general como aquellos que, referidos a una función o actividad concreta, están cubiertos como asegurados en la póliza al considerárseles altos cargos”.

Con carácter general el clausulado de las pólizas define a administradores y altos directivos como cualquier persona física que sea miembro del Órgano de Administración, o que ostente el cargo de consejero desempeñe o no funciones ejecutivas de alta dirección, alto directivo, alto cargo, administrador, administrador de hecho, gerente u otro cargo equivalente de la sociedad, o

cualquier empleado mientras trabaje con funciones de supervisión o capacidad gerencial en la sociedad, así como el Director de Cumplimiento o Compliance Officer, Director de Control Financiero o Financial Controller, el Secretario y/o Vicesecretario y la persona/s físicas que represente/n a cualquiera de los socios y adopte/n o contribuya/n a adoptar decisión que afecten a la administración y/o gestión de la sociedad. Así como la persona física designada por una persona jurídica cuando sea ésta quien desempeñe el cargo de consejero o asimilado en la sociedad.

Las especiales características de la Póliza, es en nuestra opinión la ampliación del concepto de Seguro, que acorde con el desarrollo del concepto de “Alto Cargo”, se amplía más allá del término “consejero” o “Administrador”.

Nos encontramos ante un Seguro de Responsabilidad Civil, con un tipo especializado de Póliza, resultado del proceso histórico de su nacimiento y desarrollo.

Su finalidad y esto es lo fundamental, es cubrir el riesgo de nacimiento a cargo del asegurado, de la obligación de indemnizar a un tercero, los daños y perjuicios derivados de un hecho del que resulta civilmente responsable.

El D&O, se sitúa en el ramo de los seguros de RC, dentro de los que presenta alguna especialidad, sus características fundamentales son:

1º.- Cubrir la Responsabilidad de consejeros, Administradores y Altos Ejecutivos.

2º.- Reembolso de la indemnización corporativa o adelanto de gastos de defensa e indemnizaciones que haya podido realizar la sociedad administrada.

3º.- El Seguro de Defensa Jurídica.

Entre las coberturas principales, contenidas en todas las pólizas de D&O del mercado se incluyen, de forma general, las siguientes:

a) Responsabilidad personal directa y responsabilidad por actos de otros, que incluye los perjuicios, las multas administrativas y los gastos de defensa, derivados de una reclamación presentada contra el administrador o consejero

- por un error de gestión en su condición de asegurado,
- por un error de gestión no cometido, del que el directivo o consejero pueda ser legalmente responsable en su condición de asegurado.

Las pólizas de D&O suelen describir, a título enunciativo, pero no limitativo, el

origen o procedencia de las reclamaciones, situándolas en la propia Sociedad, accionistas, empleados, organismos públicos con facultades inspectoras o de control, administradores concursales, socios comerciales, competidores o cualquier tercero

b) Responsabilidad como fundador de la sociedad

Esta cobertura ampara las reclamaciones que reciba el directivo en su condición de fundador de una sociedad para cubrir los perjuicios, las multas administrativas y los gastos de defensa en que éste incurra como consecuencia de los errores cometidos en el proceso fundacional, que han generado un daño patrimonial.

El fundador es cualquier persona física, que, en nombre de la sociedad, constituye una filial de la empresa de la que es administrador, directivo o empleado o, en el caso de constitución defectuosa, que hubiera sido designado por la sociedad para ser administrador, directivo o empleado de dicha filial.

c) Responsabilidad como fundador de la sociedad

Esta cobertura ampara las reclamaciones que reciba el directivo en su condición de fundador de una sociedad para cubrir los perjuicios, las multas administrativas y los gastos de defensa en que éste incurra como consecuencia de los errores cometidos en el proceso fundacional, que han generado un daño patrimonial.

El fundador es cualquier persona física, que, en nombre de la sociedad, constituye una filial de la empresa de la que es administrador, directivo o empleado o, en el caso de constitución defectuosa, que hubiera sido designado por la sociedad para ser administrador, directivo o empleado de dicha filial.

d) Responsabilidad por prácticas de empleo indebidas

Son prácticas de empleo las conductas o prácticas indebidas realizadas sobre empleados por parte de otros empleados, con independencia de su rango o nivel, realizadas de forma activa o pasiva mediante el consentimiento, el desconocimiento o la falta de actuación.

El administrador es responsable, por omisión, respecto a las prácticas de empleo que realiza un empleado sobre otro. Algunas de ellas conllevan un cierto componente doloso en su realización, que, al no ser realizadas directamente por el administrador asegurado, quedan amparadas por la póliza de D&O.

Dentro del concepto de prácticas de empleo, se incluyen, entre otras, las

siguientes actuaciones:

- Despido o extinción improcedente del contrato de trabajo.
- Incumplimiento del contrato de trabajo verbal o escrito.
- Falsedad relacionada con el empleo.
- Incumplimiento de leyes contra la discriminación laboral.
- Acoso en el lugar de trabajo (mobbing), incluyendo el sexual.
- Privación injustificada de promoción o ascenso profesional.
- Aplicación injustificada de medidas disciplinarias.
- Privación injustificada de oportunidades profesionales
- Evaluación o retención negligente.
- Invasión de la intimidad.
- Difamación, humillación o calumnia relacionada con el empleo.
- Represalia jurídica.
- Infligir sufrimiento psicológico relacionado con el empleo.

En la cobertura de prácticas de empleo, todos los empleados sin distinción tienen la consideración de asegurados y, salvo inclusión expresa, la sociedad no está cubierta. Se amparan en esta cobertura los perjuicios, las multas administrativas y los gastos de defensa.

d) Gastos de restitución de imagen

Son los derivados de la contratación de servicios profesionales externos de relaciones públicas, gestión de crisis o firmas jurídicas, incluyendo el coste de posibles emisiones y publicaciones, con el objeto de mitigar un daño o efecto negativo a la reputación del asegurado como consecuencia de una reclamación o investigación o de la difusión de noticias negativas sobre el asegurado en medios de comunicación. También se denominan gastos de relaciones públicas en algunas pólizas.

e) Gastos de investigación

Se definen como aquéllos necesarios para preparar y responder por parte del asegurado a una investigación, sin incluir salarios ni honorarios de los asegurados ni gastos de la sociedad ni los derivados del acceso a archivos y documentos de su cargo, siempre que esté legalmente admitido.

Entre las extensiones destaca la del abogado interno. Es el profesional de la abogacía, asalariado de la sociedad, que asesora jurídicamente al Consejo de Administración, actuando o no como secretario del mismo. Si el abogado interno es consejero, queda cubierto por la póliza de D&O; si no lo es, debería hacerse

constar expresamente este cargo para que quede amparado por la póliza.

Si no asesora al Consejo ni participa en el mismo, se define como la persona física habilitada para el ejercicio de la abogacía, que trabaja como asalariado de la sociedad, ya sea a tiempo completo o parcial, prestando servicios de asesoramiento legal a la sociedad como empleado de la misma.

Su asesoramiento no se extiende al que haya prestado a otra entidad que no sea su propia sociedad, aunque hubiese sido hecho a solicitud expresa de la sociedad. El asegurador cubre las reclamaciones por errores de gestión cometidos en su condición de abogado interno y sólo si es responsable a título personal del error de gestión, no pudiendo ser imputada responsabilidad alguna a la sociedad.

En cuanto a las exclusiones estas son las delimitaciones secundarias de la póliza, es decir, lo que no cubre el seguro en caso de siniestro. Al ser limitaciones de los derechos del asegurado, deben estar destacadas de forma especial en la póliza (negrita, subrayado, mayúscula) y deben estar expresamente aceptadas por el asegurado por escrito, con su firma.

No todas las pólizas tienen las mismas exclusiones, por lo que, a la hora de decidir por una propuesta u otra, además de por la prima y las coberturas que ofrece, deben revisarse las exclusiones que contiene.

Algunas exclusiones son absolutas y por tanto no negociables y otras son relativas y por ello puede negociarse su derogación para que el supuesto quede cubierto, con o sin prima adicional. Las exclusiones pueden ser geográficas, temporales, de riesgo, de daños, etc. Lo importante es que no queden excluidos, entre otros, cargos, riesgos, filiales, participadas, consejeros o actividades de la empresa.

Delimitaciones negativas del riesgo asegurado, es decir, son las garantías, circunstancias o condiciones que no se cubren en la póliza.

Constituyen limitaciones de cobertura al riesgo asegurado y, por tanto, a posibles derechos del asegurado. Como tales limitaciones, deben cumplir con lo preceptuado en el artículo 3 LCS, esto es, deben estar destacadas de forma especial y deben estar expresamente aceptadas por escrito.

El seguro de D&O ha evolucionado significativamente desde su nacimiento en España en 1990, siendo el capítulo de las exclusiones uno de los que más fácilmente permiten comprobar dicha evolución. Si en su origen había casi 30 exclusiones, actualmente es posible contratar una póliza con solo cuatro

exclusiones específicas.

De forma general, las exclusiones del seguro de D&O son:

- Actos intencionados. Reclamaciones derivadas de beneficios o ventajas a los que el asegurado no tuviera legalmente derecho, así como las conductas intencionadas, las acciones y omisiones dolosas o deliberadamente antijurídicas cometidas por los asegurados. Esta exclusión se aplica tanto cuando es declarada la conducta dolosa mediante sentencia firme, o es admitida como tal mediante declaración escrita del propio asegurado.
- Hechos conocidos y procedimientos anteriores. Exclusión que se aplica a la cobertura retroactiva de responsabilidad civil para no amparar las reclamaciones conocidas o que razonablemente debiera haber conocido la sociedad o el asegurado que tienen como causa errores de gestión que sean iguales o estén notificados a una póliza anterior de D&O o de responsabilidad civil general o patronal o bien reclamaciones presentadas con anterioridad a la fecha de inicio del seguro actual. Se trata de excluir el pasado de reclamaciones conocidas.

1.2 Sistemas de cobertura occurrence vs. claims-made basis

Uno de los aspectos más controvertidos en su momento en el Derecho de Seguros en España, hasta la reforma del artículo 73 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante LCS), fue sin duda alguna el relativo a la “Delimitación Temporal”, sobre el que existe abundante doctrina y jurisprudencia.

Las llamadas cláusulas “claims made”, responde a la controversia que en su momento se produce entre los poderes institucionales y los agentes sociales, así como con los aseguradores, en base a extender o a limitar las consecuencias de la responsabilidad civil, precisamente en cuanto al ámbito temporal.

De todos es sabido el criterio de la ocurrencia del daño, como límite temporal, criterio que se venía aplicando en la mayor parte de las Pólizas y que venía refrendado por la Jurisprudencia. Se trataba de cubrir “los daños ocurridos durante la vigencia de la Póliza”.

Las dificultades que en múltiples casos planteaban, determinan cuando ocurre el siniestro, o en qué fase o momento se ha producido el daño, dio lugar a que la jurisprudencia norteamericana, estableciera una especie de solidaridad continuada en el tiempo.

Los conflictos respecto al asegurador, el asegurado y al perjudicado, darán lugar

al cambio de criterio, del clásico de la ocurrencia del daño (loss occurrence basis), se pasará al de la reclamación (claims made basis), una modificación sustancial que habría de dar más seguridad jurídica a todas las partes implicadas en un siniestro. Se trata en resumen de poner en marcha un medio de seguridad frente a los siniestros cronológicamente diferidos o de consecuencias prolongadas (long tail risk).

Los presupuestos de las cláusulas “Claims Made Basis”, pueden resumirse en:

- a). - La reclamación como siniestro.
- b). - El elemento de referencia como presupuesto básico de la reclamación.
- c). - La notificación o parte previo del asegurado.
- d). - El plazo de cobertura subsiguiente o post-contractum a la cancelación de la póliza.
- e). - El plazo de cobertura retroactiva.

En resumen, los plazos tanto de la cobertura retroactiva como de la subsiguiente encuentran adecuado acomodo en la reforma del art. 73 de la LCS, haciendo posible el necesario equilibrio en las contraprestaciones de las partes.

La modificación del art. 73 de la LCS, añadiendo un segundo párrafo al mismo, reforma introducida por la Ley 30/1995, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en el apartado 5 de su Disposición Adicional 6ª, vino a centrar y precisar legalmente la cuestión de la cobertura temporal de las pólizas de Responsabilidad Civil, dado que la jurisprudencia del Tribunal Supremo se había mostrado hasta el momento oscilante, lo cual contribuía a crear inseguridad jurídica en el ámbito asegurador –con lo que esto suponía en cuanto a gastos imprevistos por siniestros aparentemente no cubiertos por las pólizas de Responsabilidad Civil- e, indirectamente, en el campo del reaseguro.

Fundamentalmente, esta modificación sienta dos principios, hasta entonces inexistentes en la realidad legal aseguradora, aunque no en la práctica ni, por lo tanto, en la jurisprudencia.

Por un lado, se consagra la reclamación como siniestro, de forma complementaria o alternativa al hecho causante o a la producción del daño, que si venían siendo tradicionalmente aceptados por la práctica, doctrina y jurisprudencia.

La razón de esta ampliación hay que buscarla principalmente en los daños continuados, en los diferidos y en los sobrevenidos, que producían importantes quebrantos en la economía de las aseguradoras, pues en muchos casos no era

fácil hacer un cálculo aproximado del riesgo, en consecuencia, de la prima- de suceder tales daños, con lo cual se causaban importantes desviaciones pecuniarias imprevisibles. Además, por otra parte, no siempre se da una equivalencia entre daño y reclamación, en cuanto que hay daños que después no son reclamados, y reclamaciones efectuadas sin existir daño efectivo o, al menos, una relación de causalidad suficiente.

Al ser considerada la reclamación como siniestro (la llamada claims made basis), dada la no coincidencia temporal en numerosas ocasiones entre hecho, daño, manifestación de este y la reclamación, le resultará al asegurador más fácil fijar la cobertura de la póliza y las reservas para cada siniestro.

Asegurado y perjudicado pueden verse asimismo beneficiados con este criterio, por cuanto las cantidades a percibir estarán actualizadas al momento de dicha reclamación.

Como segundo principio consagrado, mencionar la admisión de cláusulas limitativas de la cobertura temporal de la póliza como no perjudiciales para el asegurado, como fruto del rebus sic stantibus, es decir, de la autonomía de la voluntad de las partes, de su derecho dispositivo sólo limitado por “las leyes, la moral y el orden público” (art. 1255 del Código Civil –en adelante CC-).

En este caso, tales cláusulas deben observar lo dispuesto en el art. 3, LCS, es decir, deberán ser aceptadas específicamente por el asegurado, por ser limitativas de sus derechos.

Además, se ha producido progresivamente un cambio de mentalidad y de concepto del seguro de Responsabilidad Civil (en adelante RC). De ser originariamente una protección para el asegurado para cubrirle de posibles deudas que por reclamaciones de RC pudieran nacer en su patrimonio, ha pasado a suponer un instrumento socializador, cuyo fin principal es cada vez más la compensación de un daño inferido a un perjudicado.

En concreto, lo que dispone el nuevo art. 73 LCS, en su segundo apartado es la admisibilidad o conformidad con el Derecho de dos tipos de Cláusulas en las pólizas de RC.

En primer lugar, y tomando como referencia una definición de siniestro comprensiva del hecho generador o del momento de la producción efectiva del daño, podrá pactarse que la compañía aseguradora atienda a las reclamaciones contra el asegurado efectuadas tras la terminación del contrato o la última de sus prórrogas durante un año como mínimo.

Es decir, que, si las partes nada más disponen, se entendería que la póliza de RC habría de amparar todas las reclamaciones que tuvieran lugar tras su vigencia o la última de sus prórrogas ilimitadamente. No olvidemos el principio de responsabilidad universal del art. 1911 CC en virtud del cual “del cumplimiento de sus obligaciones responde el deudor con todos sus bienes presentes y futuros”. Así, de no limitarse, podría llegar a responder la aseguradora de todas las deudas de su asegurado amparadas por la póliza sin límite de tiempo.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, como límites legales extrínsecos a la relación de seguro, siempre moduladores del principio del mencionado art. 1911 CC, los plazos de prescripción de las acciones de responsabilidad: de 1 año (tres en Cataluña) si la misma es extracontractual (art. 1968 CC), de 5 años si deriva de contrato (art. 1964 CC), y se da su cómputo desde el momento en que el agraviado tuvo conocimiento del daño y pudo ejercitar la acción, art. 1968 CC, pudiendo interrumpirse por las causas señaladas por la ley.

Ahora bien, cabe destacar la reforma normativa de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, vigente desde el 7 de octubre de 2015, que supuso reducir el plazo de prescripción de la acción ejercitada en virtud de la RCC de 15 a 5 años, plazo que debe de computarse desde la fecha en que pueda exigirse el cumplimiento de la obligación, tal y como precisa la reforma. El régimen transitorio prevé que las acciones derivadas de situaciones anteriores a la fecha de entrada en vigor de la reforma se sometan al plazo de 15 años, ahora bien, sin que su vencimiento pueda superar los cinco años a contar desde la entrada en vigor de la ley (Disposición Adicional Transitoria Quinta que remite al art. 1939 del CC), con lo que la fecha límite para el cómputo del plazo de prescripción de estas acciones, será en todo caso el 7 de octubre de 2020.

Además, se deduce del citado artículo que las partes, en el libre ejercicio de su autonomía y voluntad, pueden hacer uso de este derecho dispositivo y acotar el tiempo en que la aseguradora atenderá tales reclamaciones postcontractuales, si se observan las prescripciones legales y si las contraprestaciones son equivalentes.

Sin embargo, esta limitación nunca podrá ser inferior a un año. Este límite es de derecho necesario o *ius cogens* y ha de ser por lo tanto siempre observado.

En segundo lugar, y en cuanto al supuesto de siniestro como reclamación efectiva contra el asegurado, podrá pactarse que la compañía aseguradora atienda a las reclamaciones de siniestros cuyo hecho causante o cuyos daños se manifiesten en un período anterior, de un año como mínimo, a la entrada en

vigor de la póliza de RC, y ello, aunque esta se hubiese prorrogado.

Como en el primer caso, si no se hubiese pactado nada, estaría cubierto cualquier daño anterior al comienzo de los efectos del contrato, siempre que no hubiese prescrito la acción de su reclamación.

Las partes, empero, pueden optar por acotar tal período de cobertura retroactiva, a condición de que no se rebase el límite legal necesario de un año anterior a la cobertura contractual de la póliza.

Por supuesto que, en este tipo de siniestro, de haberse efectuado la reclamación previamente a la entrada en vigor de la póliza, tal siniestro no podría en ningún caso estar amparado por el seguro, por cuanto que, en primer lugar, ya ha ocurrido el suceso previsto como siniestro y, en segundo lugar, porque se habría eliminado el alea, el elemento azaroso e imprevisible, que es esencial en el contrato de seguro, sin el cual el mismo se vería desnaturalizado.

Lo mismo ocurriría si el asegurado hubiese tenido conocimiento anterior de un hecho del que pudiese razonablemente derivar responsabilidad hacia sí. Aparte del principio de la Buena Fe, que debe presidir toda relación contractual, en la relación de seguro en particular se habría prescindido de la imprevisibilidad del siniestro, sin la cual, al menos respecto de este siniestro en concreto, dicha relación no sería válida.

Es decir, que tal precepto introduce dos tipos de cobertura: Una contractual, la que las partes libremente dispongan, y otra legal, que puede ser ampliada por la voluntad de las partes, de un año anterior o posterior a la vigencia contractual pactada en el contrato (más, en su caso, sus sucesivas prórrogas), según se haya pactado que el siniestro asegurable sea la reclamación efectiva u otro momento anterior, respectivamente.

Nada obsta para que las partes acuerden un concepto de siniestro complejo, que abarque ambos tipos y, en consecuencia, pueda suponer una cobertura añadida retroactiva y precontractual.

Lo que implícitamente prohíbe la Ley es que, sea cual sea la definición de siniestro adoptada, pueda pactarse que únicamente se limite la cobertura de la póliza al tiempo de vigencia contractual de la misma.

La reforma del artículo 73 LCS no entraría en juego, por atenderse todas las reclamaciones acaecidas por hechos (daños) contemporáneos a la póliza o anteriores que no hayan prescrito, sin otro límite de tiempo. La delimitación

temporal de la cobertura aclara este aspecto en el sentido descrito (incluso (...) antes de la fecha de efecto del seguro).

Téngase en cuenta la reciente Sentencia del Tribunal Supremo (STS), Sala de lo Civil (Pleno) de fecha 26 de abril de 2018, ponente D.

Francisco Marín Castán, que resume el Área civil del Gabinete Técnico del Tribunal Supremo de la siguiente manera:

“La Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, reunida en pleno, ha estimado el recurso de casación interpuesto por MUSAAT contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Valencia. El demandante, arquitecto técnico de profesión, aseguró su responsabilidad civil profesional con MUSAAT desde su colegiación, suscribiendo en el año 2010 la última póliza de duración anual que estuvo vigente hasta su expiración a finales de ese año, ya que la aseguradora le comunicó por anticipado su voluntad de no renovarla.

Esta última póliza contenía unas «condiciones especiales» de las que se deduce que el seguro cubría las reclamaciones efectuadas durante la vigencia de la póliza por obras realizadas con anterioridad o durante la vigencia del contrato. No se discute que tal cláusula limitativa se ajustaba a los requisitos del artículo 3 LCS.

La sala explica que se declaran legalmente admisibles los dos tipos de limitación temporal, cada una de ellas con sus propios requisitos de validez: las cláusulas retrospectivas o de pasado (nacimiento de la obligación antes de la vigencia del seguro), y las cláusulas prospectivas o de futuro (reclamación posterior a la vigencia del seguro), cada una de ellas reguladas en diferentes incisos del párrafo segundo del artículo 73 LCS, no siendo exigible que los requisitos de uno y otro inciso sean cumulativos.

Se fija, en consecuencia, la siguiente doctrina jurisprudencial: “El párrafo segundo del art. 73 de la Ley de Contrato de Seguro regula dos cláusulas limitativas diferentes, cada una con sus propios requisitos de cobertura temporal, de modo que para la validez de las de futuro (inciso segundo) no es exigible, además, la cobertura retrospectiva, ni para la validez de las retrospectivas o de pasado es exigible, además, que cubran reclamaciones posteriores a la vigencia del seguro”.

1.3 Límites de cobertura

Límite especial en exceso de consejeros no ejecutivos: es un límite de

indemnización especial, en exceso del límite general de la póliza, pero adicional a éste, para los consejeros independientes/no ejecutivos, que opera cuando se hubiera agotado el límite general de la póliza y cualquier otro límite que les correspondiera a estos consejeros.

Es un límite de indemnización individual separado para cada consejero independiente/no ejecutivo y sólo se le aplica a él. La contratación de este límite especial es voluntaria por parte de la sociedad, que lo suscribe como beneficio a favor del consejero por su condición de independiente/no ejecutivo como aliciente para la aceptación o mantenimiento del cargo.

1.4 Fianzas y gastos de defensa jurídica

El seguro otorga cobertura para las fianzas impuestas al directivo tras una reclamación por un error de gestión o prácticas de empleo indebidas.

La fianza civil es una garantía judicial cuya finalidad es garantizar el cumplimiento de una obligación por parte del demandado. La fianza supone la entrega de una cantidad de dinero. En procedimientos civiles tiene como finalidad cubrir la responsabilidad civil del causante de un daño, de forma que, si no se constituye la fianza, el juez embarga bienes del causante del daño en cantidad suficiente y de no alcanzar dichos bienes el importe total de la fianza embarga el sueldo del directivo o consejero en los porcentajes que la ley marca.

En el seguro de D&O, la fianza civil es entendida como la cantidad que el asegurado debe consignar para evitar el embargo de bienes y derechos.

La cobertura de esta fianza en la póliza de D&O se instrumenta de dos formas según la póliza que se contrate: el criterio mayoritario es constituir la fianza civil frente al criterio minoritario de abonar los gastos de constitución de la fianza civil.

La constitución de la fianza supone el depósito del importe de la fianza por el asegurador con cargo al límite de la suma asegurada. Los gastos de constitución, por el contrario, son los que abona el asegurador por el coste derivado de la obtención por el asegurado de una garantía financiera a su favor para constituir la fianza, que no es constituida por el asegurador.

La fianza penal es una cantidad que debe depositarse en el juzgado penal, cuando ésta ha sido admitida y fijada por el juez, para evitar la medida cautelar personal de prisión provisional. Su objetivo es garantizar que el imputado se presentará a juicio y acudirá al Tribunal tantas veces como se le cite. Si el imputado no acude a juicio o al Tribunal, pierde íntegramente la fianza. La no

constitución de esta fianza conlleva el ingreso o permanencia en prisión del imputado. Por tanto, la fianza penal sirve para obtener la libertad bajo fianza.

Respecto a las fianzas penales, el seguro de D&O otorga diferente cobertura según los dos criterios existentes en el mercado: la mayoría de las pólizas cubren los gastos de constitución de las fianzas penales y sólo una parte de las mismas constituye directamente la fianza penal.

En cuanto a las fianzas, se está produciendo una “criminalización” de los Seguros de D&O en relación con las fianzas (Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid 511/2017 de 11 diciembre, JUR\2018\40526) y gastos de defensa jurídica (Sentencia de la Audiencia Provincial de Girona 83/2016, de 13 de abril, JUR 2016/132964), que a efectos prácticos supone que en el plazo de 10 días, en ocasiones, la aseguradora tenga que hacer frente a fianzas millonarias, y que en determinados siniestros esas coberturas consuma el límite de la póliza y dejen sin cobertura por ejemplo a un directivo que ha actuado sin dolo por tener que afianzar la RC de un directivo que ha actuado con dolo.

En cuanto a los gastos de defensa jurídica es de interés la Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid 314/2016 de 27 mayo, que señala como no se ha llegado a formular ninguna reclamación contra los actores en los términos en que lo exige la póliza de seguro para que se considere existente una "reclamación": no existe siniestro que sea objeto de cobertura por la póliza de seguro objeto del proceso.

Además de la Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid (Sección 9ª), sentencia núm. 511/2017 de 11 diciembre. JUR 2018\40526, que determina que la exclusión por dolo, en un supuesto en el que estaban imputando al asegurado en una causa penal, no se aplicaran mientras no se determine, mediante reconocimiento del asegurado, o bien por sentencia u otra resolución firme, recaída en acción legal subyacente contra el asegurado, o en una acción o proceso independiente, que dicho asegurado no tuviera derecho legal a dicho beneficio o ventaja, o que cometió dicho acto deshonesto, fraudulento u omisión: gastos devengados, no simplemente presupuestados.

1.5 Culpa vs. Dolo

El dolo es un elemento subjetivo característico del derecho penal, definido de forma tradicional como el conocimiento de la ilicitud de un acto y la voluntad de realizarlo. En el seguro de D&O el dolo del administrador o directivo se manifiesta en la realización cognitiva o voluntaria que acusa el perjuicio financiero a la sociedad a terceros. Se opone al concepto de culpa o negligencia en el que falta

el elemento volitivo.

El dolo es causa de exclusión de cobertura en cualquier póliza de seguros por mandato del artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS). Así, el citado artículo establece que “el asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado”, mientras que el art. 76 establece la acción directa de manera que “el perjudicado o sus herederos tendrán acción directa contra el asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar, sin perjuicio del derecho del asegurador a repetir contra el asegurado, en el caso de que sea debido a conducta dolosa de éste, el daño o perjuicio causado a tercero. La acción directa es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador contra el asegurado. El asegurador puede, no obstante, oponer la culpa exclusiva del perjudicado y las excepciones personales que tenga contra éste. A los efectos del ejercicio de la acción directa, el asegurado estará obligado a manifestar al tercero perjudicado o a sus herederos la existencia del contrato de seguro y su contenido”.

En teoría en los seguros obligatorios el dolo no es oponible a causa la seguridad jurídica que otorgan a los ciudadanos los seguros de contenido legalmente determinado, y en los seguros voluntarios el dolo si es oponible al tratarse de un negocio de claro contenido obligacional por ambas partes. Pero en la práctica a día de hoy los tribunales no permiten oponer a terceros la excepcio doli incluso en los seguros obligatorios (Sentencia del Tribunal Supremo del 3 de enero de 2014).

Como señala la Sentencia de la Audiencia Nacional (Sección 4ª), sentencia núm. 2355/2020 de 6 de octubre (Caso Pescanova) la inoponibilidad del dolo al tercero perjudicado del artículo 76 de la LCS fue pensada para priorizar el resarcimiento del consumidor indefenso. Sin embargo, esta inoponibilidad es aprovechada por las empresas que desplazan la responsabilidad, cometida por errores profesionales de sus empleados, a la aseguradora que únicamente podrá repetir contra los responsables casi siempre insolventes, provocando una situación de desigualdad en la esfera de la aseguradora.

La práctica totalidad de las pólizas de seguros de D&O al uso excluyen de cobertura los actos dolosos. Esta exclusión operará –tanto en el orden jurisdiccional civil como en el penal– respecto del asegurado, pero no del tercer perjudicado porque las Salas de lo Civil y de lo Penal del Tribunal Supremo resuelven la aparente antinomia entre el principio general de inasegurabilidad del dolo del art. 19 de la LCS y la cobertura frente a los terceros perjudicados de la responsabilidad civil derivada de los delitos dolosos “ex” art. 76 de la LCS y

art. 117 del CP con dos argumentos esenciales: Un primer argumento técnico-jurídico, cual es la preferencia de la norma especial, que es el art. 76 de la LCS –que, además, se aplica a todo tipo de seguros de responsabilidad civil, tanto obligatorios como voluntarios– sobre la norma general, que es el art. 19 de la LCS. Un segundo criterio social de interpretación de las normas implicadas conforme a la “realidad social del tiempo en que han de ser aplicadas” (art. 3.1 Código Civil). Finalidad social que, en este concreto caso, conduce a dar primacía a la protección de los intereses de los terceros perjudicados que, en esta jurisdicción penal, aparecen, además, como víctimas de los delitos o faltas.

1.6 Filiales y participadas

Las Nuevas filiales son las entidades adquiridas por la sociedad tomadora de la póliza de D&O con posterioridad a la fecha de contratación de ésta y que pasan a formar parte de su grupo societario.

Las nuevas filiales se cubren automáticamente por el seguro de D&O de la sociedad tomadora (matriz) salvo que la póliza establezca exclusiones por el hecho de que la filial sea una institución financiera, esté domiciliada en EEUU, tenga valores cotizados como ADR’s, ADS’s o cotice directamente. Si la filial no es incluida en el seguro porque concurren algunas de las delimitaciones anteriores, algunas pólizas otorgan cobertura durante un reducido periodo de tiempo para permitir que la sociedad matriz contrate una póliza independiente o acredite la improcedencia de tal limitación.

Las Entidades participadas son la entidad externa a la matriz, que no es jurídicamente una filial, pero en la que la matriz participa, sin controlarla, en un determinado porcentaje con derecho a designar consejeros según su participación. Las entidades participadas están incluidas en la cobertura de D&O de la matriz, sin perjuicio de que puedan estar también incluidas en la póliza de la matriz de la que son filiales y de tener su propia póliza de D&O, cubriendo solo a los directivos designados por su matriz, pero no a los demás.

1.7 Cláusulas que deben tenerse en cuenta

Como ya saben la RC de D&O deriva de la vulneración de la ley o los estatutos sociales, pero también por ejemplo del convenio de encargo de tratamiento de datos entre una empresa que provee servicios y la empresa a la que se los provee (con aceptación de la política de seguridad para terceros de dicha empresa), al respecto téngase en cuenta que en dichos convenios se suele fijar una cláusula indemnizatoria en virtud de la cual el proveedor indemnizará y eximirá de responsabilidad a su cliente frente a los daños y perjuicios, pérdidas,

multas y sanciones que se deriven de cualquier reclamación por parte de un tercero o Autoridad de Control por cualquier incumplimiento de dicho Convenio. Como ejemplos que pueden afectar a nuestro objeto de estudio pueden citarse: Modificaciones de nuestro contenido web que no solo pueden dañar la reputación de nuestra empresa, sino también la de nuestros clientes y visitantes web.

Robos de identidad de personas físicas para su uso posterior por delincuentes en diferentes tramas de delitos. Pérdidas de información sensible almacenada en portátiles, ordenadores o dispositivos de almacenamiento portable (como USB).

Robo de propiedad intelectual o comercial para su posterior uso, así como supuestos de venta a la competencia o extorsión a la empresa afectada. Ataques de denegación de servicio que impidan el correcto funcionamiento de los sistemas que prestan un servicio a los clientes (individuos o empresas), paralizando una o varias actividades de la empresa.

Ahora bien, más interesante parece el ejemplo de las páginas web corporativas, al respecto la LSC estipula la obligación, para las sociedades cotizadas, de tener una página web corporativa y en su artículo 11 ter. 3 regula que “los administradores tienen el deber de mantener lo insertado en la página web durante el término exigido por la ley, y responderán solidariamente entre sí y con la sociedad frente a los socios, acreedores, trabajadores y terceros de los perjuicios causados por la interrupción temporal de acceso a esa página, salvo que la interrupción se deba acaso fortuito o de fuerza mayor. Para acreditar el mantenimiento de lo insertado durante el término exigido por la ley será suficiente la declaración de los administradores, que podrá ser desvirtuada por cualquier interesado mediante cualquier prueba admisible en Derecho”.

A eso se añade que, ex lege, si dicha interrupción de acceso a la página web fuera superior a dos días consecutivos, o cuatro alternos, no podrá celebrarse la junta general que hubiera sido convocada para acordar sobre el asunto a que se refiera el documento inserto en esa página (salvo que el total de días de publicación efectiva fuera igual o superior al término exigido por la ley); pudiendo estar previsto en dicha junta la aprobación de una Oferta Pública de Adquisición, etc., cuyo retraso puede causar graves perjuicios o justificar una reclamación alegando los mismos.

Lo primero que debemos tener en cuenta es que la norma alude a páginas corporativas, de manera que no se va a aplicar la responsabilidad antes descrita a todas las páginas web de una sociedad (en las que vendan o publiciten

productos, etc.), sino solo en aquellas que hayan sido creadas, inscritas y publicadas en los términos previstos en el artículo 11 bis, es decir aquellas en las que se inserta el anuncio de la convocatoria de la junta general, etc.

Lo segundo a tener en cuenta es que la norma alude a responsabilidad por los perjuicios causados por la interrupción temporal de acceso a esa página, de manera que tendrán que existir (y probarse) dichos perjuicios.

En todo caso, dado el volumen de ataques informáticos que se producen a las páginas web corporativas de sociedades (por diversos motivos: ideológicos, políticos, búsqueda de notoriedad del hacker, etc.) y la falta de jurisprudencia que delimite claramente la cuestión, hemos de acudir a los principios básicos de la RC de los directivos, ya analizados en los epígrafes previos.

Téngase en cuenta que en virtud del art. 529.1.1 ter de la LSC, es facultad indelegable del consejo de administración de las sociedades cotizadas la determinación de la política de control y gestión de riesgos, incluidos los fiscales, y la supervisión de los sistemas internos de información y control.

- 1.- Es fundamental para los administradores y directivos contar con pólizas, tanto de riesgos cibernéticos como de D&O, y que ambas estén coordinadas.
- 2.- La RC de los D&O se caracteriza por de los administradores y consejeros sociales es personal, solidaria, ilimitada, de naturaleza subjetiva, extracontractual y orgánica, tanto por acción como por omisión, como consecuencia de los perjuicios financieros causados a terceros, o a la propia sociedad.
- 4.- No basta, para imputar responsabilidad, cualquier incumplimiento contractual.

La responsabilidad de los administradores en ningún caso se puede conectar al hecho objetivo del incumplimiento o defectuoso cumplimiento de las relaciones contractuales, convirtiéndolos en garantes de las deudas sociales o en supuestos de fracasos de empresa que han derivado en desarreglos económicos que, en caso de insolvencia, pueden desencadenar otro tipo de responsabilidades en el marco de otra u otras normas.



ARTÍCULO

Novedades de la Fiscalidad de las indemnizaciones de RC, o cómo cargar de más gastos a las aseguradoras.

Alberto Muñoz Villarreal
Socio de Muñoz Arribas Abogados
Director Diploma en Seguros y RC UCM

La Ley Orgánica 1/2025, de 2 de enero, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia afecta al sector asegurador en varios aspectos y uno de ellos es la tributación de las indemnizaciones.

El legislador entiende que la implantación y fomento de los medios adecuados de solución de controversias exige también la modificación de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio. De esta manera, se revisa la exención prevista en dicho impuesto para las indemnizaciones como consecuencia de responsabilidad civil por daños personales en la cuantía legal o judicialmente reconocida, con la finalidad de que pueda resultar aplicable cuando, sin fijarse su cuantía legal ni judicialmente, la indemnización sea satisfecha por la entidad aseguradora del causante de los daños físicos o psíquicos en cumplimiento de un acuerdo de mediación o de cualquier otro medio adecuado de solución de controversias legalmente previsto.

La disposición final decimocuarta revisa diversos aspectos de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio. En primer lugar, se extiende la exención prevista en el primer párrafo de la letra d) del artículo 7 de dicha Ley a

otras indemnizaciones como consecuencia de responsabilidad civil por daños físicos o psíquicos, cuya cuantía no se haya fijado legal ni judicialmente, pero cuyo abono sea consecuencia de un acuerdo de mediación o de cualquier otro medio adecuado de solución de controversias legalmente previsto.

El legislador entiende que se da una ruptura del principio de igualdad que supone el establecimiento de cualquier exención en el Impuesto, y con la finalidad de garantizar que la indemnización corresponda a situaciones reales, evitándose situaciones indeseadas de planificación o fraude fiscal, se exige que la indemnización sea satisfecha por la entidad aseguradora del causante del daño, que para la obtención del acuerdo haya intervenido un tercero neutral y que este último se haya elevado a escritura pública, al tiempo que se establece una cuantía máxima exenta que toma como referencia la que se fijaría con arreglo al sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, incorporado como anexo en el texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre.

De manera que la Disposición final decimocuarta, Modificación de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio modifica las letras d), e) y k) del artículo 7 de la Ley del IRPF de manera que:

“d) Las indemnizaciones como consecuencia de responsabilidad civil por daños personales, en la cuantía legal o judicialmente reconocida.

Asimismo, las indemnizaciones como consecuencia de responsabilidad civil por daños físicos o psíquicos, satisfechos por la entidad aseguradora del causante del daño no previstas en el párrafo anterior, cuando deriven de un acuerdo de mediación o de cualquier otro medio adecuado de solución de controversias legalmente establecido, siempre que en la obtención del acuerdo por ese medio haya intervenido un tercero neutral y el acuerdo se haya elevado a escritura pública, hasta la cuantía que resulte de aplicar, para el daño sufrido, el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, incorporado como anexo en el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre.

Igualmente estarán exentas las indemnizaciones por daños personales derivadas de contratos de seguro de accidentes, salvo aquellos cuyas primas hubieran podido reducir la base imponible o ser consideradas gasto deducible por aplicación de la regla 1.^a del apartado 2 del artículo 30 de esta ley, hasta la

cuantía que resulte de aplicar, para el daño sufrido, el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, incorporado como anexo en el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre”.

ENTREVISTA A...

Jose Antonio Muñoz

Director de Muñoz Arribas Abogados.

1. A modo de introducción, siempre me gusta empezar las entrevistas con una pequeña presentación del invitado. Por esto cuéntame ¿Quién es Jose Antonio Muñoz? ¿Como llega el mundo legal y asegurador a tu vida?

Pues un abogado vocacional, que llega al mundo legal a través de su padre. Cuando termino la carrera mi padre tenía un despacho en el que estaba solo y lo natural fue empezar con el desde el primer día. Y gracias a eso, a estar a su lado hasta su jubilación, llegue hasta aquí.

2. Muñoz Arribas Abogados nació como un despacho familiar centrado en el asesoramiento laboral. ¿Cómo fue la transición hacia el sector asegurador y como resumirías la evolución del despacho desde los inicios hasta el día de hoy?

Es una historia algo larga. Nuestro despacho en sus orígenes estaba enfocado al ámbito laboral, pero la aparición de un cliente (la extinta Centro asegurador) hizo que cada vez nos enfocáramos mas al mundo del seguro. Pero sobre todo fue la llegada de DUAL, quien confió en nosotros y nos permito desarrollarnos en este sector. Ahora después de tanto años no solo nos dedicamos a siniestros, como en nuestro orígenes, También a regulatorio, contratación, ciber, etc, en definitiva, cualquier necesidad del sector

3. ¿Qué riesgos jurídicos consideras más relevantes hoy en día para las aseguradoras, y mas concretamente de las agencias de suscripción, más allá del ámbito tradicional de siniestros?

Pues ademas de las habituales (falta de conocimiento social de lo que es el sector, normas obsoletas, 20% de interés etc) creo que los riesgos a futuro los tenemos en Cumplimiento normativo (IDD, RGPD, blanqueo de capitales), Ciberseguridad y protección de datos personales sobre todo si hay externalización de funciones críticas sin control adecuado u los habituales riesgos contractuales en acuerdos de distribución y reaseguro.

4. Muñoz Arribas apuesta firmemente por la formación como parte de su propuesta de valor, participando activamente tanto en universidades como en centros de formación y empresas. En este sentido, ¿qué consejo darías a los nuevos abogados que quieran especializarse en el mundo del seguro?

La formación es esencial. Pero no solo la jurídica, sino la derivada del conocimiento a lo que se dedica tu cliente. Si no conoces las necesidades de tu cliente ¿Cómo vas a asesorarle? Por eso me parecen interesantes lo abogados jóvenes que antes de ejercer pasan un periodo trabajando en alguna empresa del sector, para conocerla por dentro.

5. ¿Cuál es el último libro que has leído?

Acabo de terminar "un caballero en Moscu" de Amos Towler. Muy recomendable.

6. ¿A qué país te gustaría viajar la próxima vez?

Pues tengo dos proyectos y me gustaría cumplir alguno de ellos. Por un lado argentina y chile y por otro nueva Zelanda.

7. ¿Cuál es tu película preferida? ¿Y la que más odias?

Eso va por épocas. Ahora mismo quizá serian "centauros del desierto" o "la noche del cazador". La que más odio depende del día, pero quizá dirty dancing. Lo siento no la soporto.

8. Si pudieras vivir en otra época, ¿cuál sería?

Londres en los 60/70. Por la explosión de creatividad sobre todo en la música.



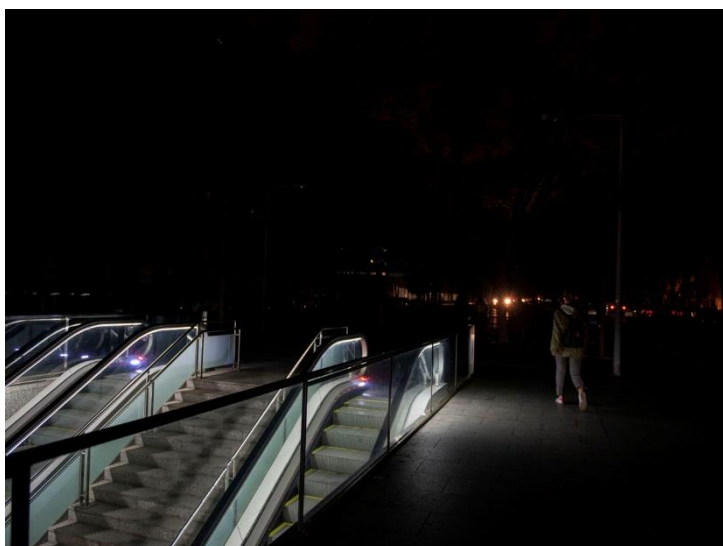
El Confidencial

EL DIARIO DE LOS LECTORES INFLUYENTES

DEBEN SER DAÑOS MATERIALES

El Supremo limita la cobertura del seguro por interrupción de negocio

Una sentencia ha restringido el derecho a la indemnización cuando hay daños materiales. El fallo es por reclamaciones durante el covid, pero es extensible al apagón de este lunes



Calles a oscuras por el apagón. (Europa Press/Alberto Paredes)

Por [Óscar Giménez](#)

30/04/2025 - 05:00

EC EXCLUSIVO Artículo solo para suscriptores

El **seguro multirriesgo de empresas y comercios** no sirve para interrupciones del negocio cuando no se ha producido un **daño material, como incendios o inundaciones**. Así lo ha dejado claro el Supremo en una sentencia que limita la cobertura ante las reclamaciones que hubo durante el [coronavirus](#), y que es extensible al apagón de este lunes.

El fallo hace referencia a una reclamación de un negocio de hostelería contra **Mapfre España**, con la que había contratado una póliza denominada multirriesgo comercio y autoemprendedores. La solicitud era de 310,87 euros diarios durante tres meses por la pérdida de negocio durante el [confinamiento](#),

ante la falta de actividad.

Hay que tener en cuenta que, **en 2021, la Audiencia Provincial de Girona dio la razón a un establecimiento** que reclamó una indemnización a su aseguradora por la misma razón. Aquella sentencia, que puso patas arriba el sector asegurador ante el temor de un aluvión de reclamaciones, hacía referencia a que cualquier limitación a las coberturas debe estar redactada de forma clara y sencilla, por lo que no consideró que se debería limitar la indemnización en este caso.

No obstante, **el [Supremo](#) desarrolla, precisamente, la tesis de que el seguro se basa en delimitar riesgos y cubrirlos**. El seguro que analiza, como suele ocurrir, cubre a las empresas generadoras de una actividad productiva encaminada a la obtención de beneficios ante daños materiales y, también, por la **pérdida de beneficios (lucro cesante)** que pueden ocasionar si hay una paralización de la actividad. Pero se refiere a daños en el continente y contenido, ya sea por incendio, agua, rayos, actos vandálicos, una explosión, inundaciones, etc, según la Ley del Contrato de Seguros.

"El derecho de la asegurada a la prestación de pérdida de beneficios por paralización de la actividad solo surgiría si la paralización estuviera ocasionada por alguno de los daños o pérdidas cubiertas por el contrato", señala la sentencia. El recurso había hecho referencia a la expresión **"riesgos extensivos"** alegando que podría cubrir cualquier causa que interrumpa la actividad, como fue [el covid](#), pero se trata de condiciones generales, mientras que en el condicionado la pérdida económica se vincula a daños materiales que no han ocurrido.

Los expertos consultados consideran que el resto de reclamaciones que se produjeron durante el coronavirus tendrán el mismo resultado que esta sentencia, ya que es un formato de seguro que se ha comercializado de forma masiva por parte de las [aseguradoras](#). Para extender la cobertura a todo tipo de circunstancias, el coste debería ser mucho mayor, **por eso no se han distribuido pólizas más universales**.

Sin seguro universal

Además, la tesis se puede aplicar a lo ocurrido este lunes, cuando, a causa de un [apagón masivo en España y Portugal](#), muchos comercios y empresas tuvieron que cesar su actividad, pero no hubo un daño material palpable. De hecho, muchos contratos excluyen caídas generales de sistemas. En cualquier caso, la interrupción de la actividad por un apagón **no serviría para tener derecho a una indemnización**, según la sentencia del Supremo.

"El argumento de la sentencia se va a aplicar en términos generales a la mayoría

de los casos, porque **no existe el seguro universal. Para activar la indemnización debe estar recogido el supuesto concreto en la póliza**", explica Bernardo Ybarra, socio de Muñoz Arribas, que ha participado en el proceso dilucidado por el Supremo como abogado de [Mapfre](#).

"Ya estamos recibiendo partes y esperamos un aluvión de reclamaciones. Hay que diferenciar entre hogares y comercios"

"Ya estamos recibiendo partes y esperamos un aluvión de reclamaciones. Hay que diferenciar entre hogares y comercios. Para hogares, el seguro suele cubrir daños a bienes refrigerados por falta de suministro temporal, por cortes de al menos seis horas, y averías en aparatos eléctricos", explica Pedro Rodelgo, director de prestaciones de diversos de Reale Seguros. **"Lo normal es que el afectado reclame a la aseguradora, y esta al causante del daño"**, agrega. Por ahora, **todo apunta a Redeia** y a que no ha habido ciberataque. Si lo hubiera, sería el Consorcio de Seguros el que asumiría las reclamaciones.

Por su parte, las empresas y comercios también **podrían reclamar por daños materiales sufridos a consecuencia del [apagón](#)**, como por ejemplo en la materia prima que usan, siempre y cuando esté incluido en el seguro contratado. Desde comida en restaurantes hasta gases o productos que, por falta de frío, calor u otro tratamiento con el que haga falta energía, pudieran haberse estropeado. También hay que tener en cuenta que no se exija algún tipo de contingente, como tener generadores.



ARTÍCULO

**El Reglamento de Ciberresiliencia:
nuevas obligaciones para fabricantes**

Alberto Muñoz Villarreal
Socio de Muñoz Arribas Abogados
Director Diploma en Seguros y RC UCM

El Reglamento (UE) 2024/2847 del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de octubre de 2024, relativo a los requisitos horizontales de ciberseguridad para los productos con elementos digitales y por el que se modifica el Reglamento (UE) n.º 168/2013 y el Reglamento (UE) 2019/1020 y la Directiva (UE) 2020/1828, tiene como objetivo garantizar la ciberseguridad de los productos con elementos digitales mediante el establecimiento de requisitos esenciales de ciberseguridad para su diseño, desarrollo y fabricación.

Se aplica a productos comercializados cuya finalidad incluye una conexión de datos directa o indirecta a un dispositivo o red y supone que los productos deben ser diseñados y desarrollados para garantizar un nivel adecuado de ciberseguridad, evitando vulnerabilidades conocidas y asegurando la protección de datos personales.

Además, los fabricantes son responsables de garantizar que sus productos cumplan con los requisitos de ciberseguridad durante todo el período de soporte, que no debe ser inferior a cinco años, a menos que la vida útil del producto sea menor, y deben establecer políticas de divulgación coordinada de vulnerabilidades y proporcionar un punto de contacto para la notificación de vulnerabilidades.

Los productos deben someterse a procedimientos de evaluación de la conformidad para verificar que cumplen con los requisitos de ciberseguridad.

Esto puede incluir la certificación bajo esquemas europeos de certificación de la ciberseguridad y los fabricantes deben notificar cualquier vulnerabilidad aprovechada activamente o incidente grave que afecte a la seguridad de un producto a las autoridades competentes y a la ENISA (Agencia de la Unión Europea para la Ciberseguridad).

El Reglamento se complementa con la Directiva (UE) 2024/2853, sobre responsabilidad por daños causados por productos defectuosos, que establece que los fabricantes son responsables de los daños causados por la falta de seguridad de sus productos, incluyendo la falta de actualizaciones de seguridad.

En resumen, el Reglamento de Ciberresiliencia establece un marco legal para mejorar la ciberseguridad de los productos digitales en la UE, imponiendo obligaciones a los fabricantes para garantizar la seguridad de sus productos y la protección de los consumidores.

OPINIÓN

Falsa alarma: las víctimas de tráfico no deben tener motivo de preocupación

BERNARDO YBARRA MALO DE MOLINA

MADRID. LUNES, 9 DE JUNIO DE 2025. 05:30
TIEMPO DE LECTURA: 3 MINUTOS



Recientemente, ha aparecido un artículo en prensa que informa que asociaciones de abogados de víctimas de accidentes de tráfico muestran su indignación “al peligrar las indemnizaciones” como consecuencia de una enmienda propuesta por el Grupo Parlamentario Junts per Catalunya y publicada en el Boletín de las Cortes Generales el 10 de abril de 2025 sobre los intereses de demora regulados en el artículo 20 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

Joseph Pulitzer decía que “el periodismo no es solo una profesión, es un compromiso con la sociedad”. Si convenimos que la esencia del buen periodismo es facilitar a los ciudadanos una información precisa y veraz para que la sociedad pueda formarse opiniones fundadas, entonces conviene precisar algunas cuestiones y aclarar el alcance de dicha enmienda.

La Ley de Contrato de Seguro impone a las aseguradoras unos severísimos intereses punitivos que alcanzan el 20% anual a partir del segundo año, sin parangón en ningún otro país de nuestro entorno, cuando retrasan el pago de la indemnización. El punto de partida de la responsabilidad civil extracontractual es el artículo 1902 del Código Civil, que establece que una persona es responsable de un daño y debe indemnizarlo cuando concurren los siguientes requisitos: (a) una acción u omisión culpable o negligente; (b) que exista un daño; (c) que pueda establecerse una relación de causalidad entre dicha acción u omisión negligente y el daño reclamado.

No obstante, desde la publicación del Código Civil en 1889, nuestro ordenamiento jurídico introdujo una tendencia a la objetivación de la responsabilidad para determinadas actividades de riesgo en las que se prescinde del elemento de la culpa o negligencia.

El supuesto más claro y cotidiano de responsabilidad objetiva es el tráfico: el conductor de un vehículo a motor es responsable objetivamente, en virtud del riesgo creado, de los daños causados a las personas con motivo de la conducción. No es necesario que exista culpa o negligencia por parte del conductor.

Un ejemplo de responsabilidad por culpa es la responsabilidad médica, caracterizada, entre otras circunstancias, por el hecho de que la medicina no es una ciencia exacta, porque no todos los pacientes responden igual a un mismo tratamiento ni es posible asegurar su curación en toda ocasión, en fin, porque el ser humano está inexorablemente sometido a la enfermedad y la muerte. En suma, el análisis de la responsabilidad médica es una cuestión muy compleja sobre la que no cabe establecer una presunción de culpa y, aún menos, una responsabilidad objetiva. La medicina no es una actividad de riesgo para la sociedad, por el contrario, esta noble y maltratada profesión ha permitido que España sea uno de los países con mayor calidad y esperanza de vida en el mundo (a lo que, de otro lado, también contribuye el aceite de oliva y el jamón de jabugo).

Visto lo anterior es necesario distinguir entre la responsabilidad por culpa en la que una persona solo será responsable si ha incurrido en culpa o negligencia y, de otro lado, la responsabilidad objetiva en la que es irrelevante si el causante del daño ha actuado negligentemente o con plena diligencia.

Para los supuestos de responsabilidad objetiva (la derivada de accidentes de circulación), la enmienda controvertida no modifica el actual interés de demora del 20% a partir del segundo año: “No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100 en los supuestos en los que la responsabilidad del asegurador se determina por una ley de forma objetiva. Cuando el asegurador cubra supuestos de responsabilidad por culpa del asegurado, el interés anual no podrá ser inferior al interés legal del dinero incrementado en 8 puntos.”

La enmienda propone reducir los intereses de demora al interés legal incrementado en 8 puntos (lo que, actualmente, equivaldría a un 11,25%) únicamente para los supuestos de responsabilidad por culpa o negligencia, lo que no aplica a los accidentes de tráfico. Para contextualizar, en países de nuestro entorno jurídico-económico, el interés de demora más alto es el caso de

Portugal, que impone un 8%. En Alemania el interés de mora establecido en la Ley de Contrato de Seguro es del 4%. En Italia se aplica el interés general del 5%.

La distinción hecha en la enmienda analizada es del todo punto razonable porque no debe tener igual tratamiento la responsabilidad objetiva en la que es irrelevante la eventual negligencia del conductor y en la que la aseguradora está obligada a indemnizar en unos plazos muy breves, y, de otro lado, la responsabilidad por culpa en la que debe acreditarse la negligencia y en la que, en un altísimo porcentaje de casos, la persona o empresa a la que se imputa una actuación u omisión negligente es absuelta.

En resumen, no existe fundamento que justifique la inquietud de las víctimas de tráfico, dado que la precitada enmienda no trata sobre las indemnizaciones y tampoco afecta a los intereses de demora que se imponen a las aseguradoras en la responsabilidad derivada de accidentes de tráfico, en tanto que para la responsabilidad objetiva no se modifica lo previsto actualmente en la Ley de Contrato de Seguro: transcurridos dos años desde el accidente “el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100”. Falsa alarma, no hay motivo de preocupación para las Asociaciones de abogados de víctimas de tráfico.

*Bernardo Ybarra Malo De Molina es socio de Muñoz Arribas Abogados.



TRIBUNA

**Intereses del Artículo 20,
¿es el momento de UNESPA?**

José Antonio Muñoz Villarreal
Socio Director Jurídico de Muñoz Arribas Abogados

El pasado 3 de mayo, ‘La Vanguardia’ publicó un artículo titulado “Las víctimas de tráfico, indignadas ante el posible cambio de la ley que regula el pago de indemnizaciones”, en el que se recoge la crítica de un conocido abogado especializado en representar a víctimas de accidentes. El motivo de su indignación: la reciente presentación de una enmienda parlamentaria por parte de Junts per Catalunya y Esquerra Republicana que propone una modificación del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS), relativo al interés moratorio que deben pagar las aseguradoras en caso de retraso en la indemnización.

Sin embargo, el artículo no refleja con exactitud el contenido real de la enmienda, lo que ha contribuido a una interpretación confusa —y, en parte, alarmista— de su alcance.

¿Qué dice realmente la enmienda?

El artículo 20, en su redacción vigente, impone a las aseguradoras un interés legal del dinero incrementado en un 50% durante los dos primeros años desde el siniestro y un 20% anual a partir del segundo. No es necesario explicar la interpretación más que extensiva que los tribunales hacen de este artículo.

La enmienda propone, en mi opinión de forma muy acertada, mantener íntegro

el régimen actual para los supuestos de responsabilidad objetiva, como los accidentes de tráfico, donde la aseguradora responde con independencia de la culpa. Es decir, el interés del 20% a partir del segundo año no se toca.

Lo que se plantea es limitarlo, en cambio, en los casos de responsabilidad subjetiva o por culpa, en los que debe probarse la negligencia del asegurado. En definitiva, lo que muchos venimos manteniendo: que la responsabilidad objetiva tenga un criterio y la basada en culpa otro. Para estos casos, se propone fijar el interés de demora en el interés legal del dinero más 8 puntos (actualmente, un 11,25%).

Una propuesta razonable y alineada con Europa

La distinción que introduce la enmienda parece sensata. No es lo mismo un accidente de tráfico, donde el asegurador conoce con rapidez su obligación de pago, que un siniestro en el que deba determinarse si hubo o no culpa, sobre todo cuando muchas veces la aseguradora litiga de buena fe.

A ello se suma un dato comparativo relevante: en Alemania, el interés legal moratorio es del 4%; en Italia, del 5% (que es el general); y en Portugal, del 8% España, con el 20%, lidera con diferencia el régimen sancionador en este punto.

¿Y UNESPA?

Ante las críticas que empiezan a tomar fuerza —como la expresada en ‘La Vanguardia’—, quizá sea este el momento de que UNESPA dé un paso al frente. No con ánimo de confrontación, sino con el objetivo de informar, matizar y contribuir al debate legislativo de forma constructiva. Existen argumentos sólidos, comparaciones internacionales objetivas y una propuesta de reforma medida. Pero si el debate lo monopolizan los extremos, la posibilidad de avanzar desaparece.

La enmienda no elimina derechos de las víctimas. Simplemente distingue lo que es responsabilidad objetiva de lo que requiere una imputación subjetiva. Una diferencia que el Derecho lleva siglos reconociendo, y que —en este caso— conviene explicar con claridad.

Sí, es el momento de UNESPA.



● Noticia, 19 de junio 2025 —

25 años de la LOE: es necesaria una actualización

El Congreso de los Diputados ha acogido esta semana la jornada ‘Presente, pasado y futuro de la LOE, coincidiendo con los 25 años de una norma que, en general, se considera ha sido positiva para dotar de seguridad a todas las partes intervinientes pero que, un cuarto de siglo después de su aprobación, requiere de una actualización al nuevo escenario del mercado.

La vicepresidenta cuarta de la Mesa del Congreso de los Diputados, Marta González, comentó la importancia de esta Ley y la preocupación continua por la misma tanto para los profesionales como para los particulares, así como los retos actuales del sector: falta de suelo, digitalización, etc. Por ello, propuso reducir la burocracia.

Santiago Martín, director del Boletín de RC y Seguro de INESE, hizo un resumen de la evolución de la ley a lo largo de los años, destacando las principales características que se buscaban: actualizar y regular la responsabilidad, las garantías y los agentes de la edificación (personas físicas o jurídicas que

aparecen en el proceso constructivo). Además, propuso modificar el Artículo 142 de la ley de Consumidores y Usuarios y reformar los plazos de la LOE.

Desde el punto de vista asegurador, Cristina Casado, responsable Jurídico en Unespa, indicó que la ley ha sido altamente positiva, así como importante por la aplicación del seguro obligatorio decenal, así como los mecanismos de control técnico, tanto en fase previa como de ejecución. También hay que destacar el papel de la caución y su importancia. Asimismo, remarcó que la seguridad jurídica, las garantías del artículo 19 LOE y el seguro decenal han favorecido la calidad en la construcción.

También participaron Ana Echenique (Confederación Española de Consumidores y usuarios, CECU), Luis Rodulfo (Confederación Española de Asociaciones de Fabricantes de Productos de Construcción, CEPCO), Santiago Parras (Asociación de Empresas de Control de Calidad y Control Técnico Independientes, AECCTI).

Además, Francisco Muñoz Villareal (Muñoz Arribas Abogados) comentó que la LOE es una ley que ha resistido bien al paso de los años pero que debería adaptarse a las nuevas realidades y necesidades actuales.

La LOE ha supuesto una mejora de calidad a nivel general en la edificación y en particular al seguro decenal, y la estructura y organización en particular. Desde el punto de vista del comprador, se incidió en la importancia de informar sobre todo lo que tenga que ver con la vivienda.

Apostar por el seguro trienal

Un punto de mejora en el que se incidió fue el relativo al seguro trienal, que no ha conseguido aprobarse pese a haber habido un proyecto que no consiguió votación en el Consejo de los Diputados. Se destacó la importancia del agente rehabilitador y los administradores de fincas y se insistió, por tanto, en que el seguro trienal debería ser obligatorio. De la misma manera, se valoró importancia del seguro obligatorio en empresas de rehabilitación. En esta línea, Manuel Miranda, de la AECCTI, organizadora de la jornada, hizo especial énfasis en el seguro trienal de garantía para el consumidor final.

Además, se habló de la relación con los fabricantes de productos de construcción y, desde la práctica judicial, se reconoció que el problema es cómo proteger a los compradores de vivienda y a quien reclamar ante un problema construcción.

De la LOE al marco legal actual

Finalmente, ha habido un debate político sobre diferentes temáticas de vivienda. Rafaela Moreno, diputada del PSOE, que está en Comisión de vivienda, pidió un acuerdo político de todos los que gestionan suelo. Sol Cruz Guzmán, diputada del PP y que está en la Comisión adjunta de vivienda, indicó que es un problema de Estado, el más importante, después de la inestabilidad política.



25 años de la LOE: es necesaria una actualización

El Congreso de los Diputados ha acogido en junio la jornada 'Presente, pasado y futuro de la LOE', coincidiendo con los 25 años de una norma que, en general, se considera ha sido positiva para dotar de seguridad a todas las partes intervinientes pero que, un cuarto de siglo después de su aprobación, requiere de una actualización al nuevo escenario del mercado.

La vicepresidenta cuarta de la Mesa del Congreso de los Diputados, Marta González, comentó la importancia de esta Ley y la preocupación continua por la misma tanto para los profesionales como para los particulares, así como los retos actuales del sector: falta de suelo, digitalización, etc.. Por ello, propuso reducir la burocracia.

Santiago Martín, director del 'Boletín de RC y Seguro de INESE', hizo un resumen de la evolución de la ley a lo largo de los años, destacando las principales características que se buscaban: actualizar y regular la responsabilidad, las garantías y los agentes de la edificación (personas físicas o jurídicas que aparecen en el proceso constructivo). Además, propuso modificar el Artículo 142 de la ley de Consumidores y Usuarios y reformar los plazos de la LOE.

Desde el punto de vista asegurador, Cristina Casado, de Unespa, indicó que la

ley ha sido altamente positiva, así como importante por la aplicación del seguro obligatorio decenal, así como los mecanismos de control técnico, tanto en fase previa como de ejecución. También hay que destacar el papel de la caución y su importancia. Asimismo, remarcó que la seguridad jurídica, las garantías del artículo 19 LOE y el seguro decenal han favorecido la calidad en la construcción.

Aspectos positivos

También participaron Ana Echenique (Confederación Española de Consumidores y usuarios, CECU), Luis Rodulfo (Confederación Española de Asociaciones de Fabricantes de Productos de Construcción, CEPCO), Santiago Parras (Asociación de Empresas de Control de Calidad y Control Técnico Independientes, AECCTI),).

Además, Francisco Muñoz Villareal (Muñoz Arribas Abogados), comentó que la LOE es una ley que ha resistido bien al paso de los años pero que debería adaptarse a las nuevas realidades y necesidades actuales.

La LOE ha supuesto una mejora de calidad a nivel general en la edificación y en particular al seguro decenal, y la estructura y organización en particular. Desde el punto de vista del comprador, se incidió en la importancia de informar sobre todo lo que tenga que ver con la vivienda.



Apostar por el seguro trienal

Un punto de mejora en el que se incidió fue el relativo al seguro trienal, que no ha conseguido aprobarse pese a haber habido un proyecto que no consiguió votación en el Consejo de los Diputados. Se destacó la importancia del agente rehabilitador y los administradores de fincas y se insistió, por tanto, en que el seguro trienal debería ser obligatorio. De la misma manera, se valoró importancia del seguro obligatorio en empresas de rehabilitación. En esta línea, Manuel Miranda, de la AECCTI), organizadora de la jornada, hizo especial énfasis en el seguro trienal de garantía para el consumidor final.

Además, se habló de la relación con los fabricantes de productos de construcción y, desde la práctica judicial, se reconoció que el problema es cómo proteger a los compradores de vivienda y a quien reclamar ante un problema construcción.

De la LOE al marco legal actual

Finalmente, ha habido un debate político sobre diferentes temáticas de vivienda. Rafaela Moreno, diputada del PSOE, que está en la Comisión de Vivienda, pidió un acuerdo político de todos los que gestionan suelo. Sol Cruz Guzmán, diputada del PP y que está en la Comisión adjunta de Vivienda, indicó que es un problema de Estado, el más importante, después de la inestabilidad política.



ARTÍCULO

**Riesgos derivados del uso de
Algoritmos y acceso al Código
Fuente**

Alberto Muñoz Villarreal
Socio de Muñoz Arribas Abogados, S.L.P.

Desde hace tiempo, el sector asegurador está inmerso en un proceso de digitalización; ahí tenemos las insurtech, open insurance, seguros paramétricos, etc. y desde hace años se está usando distintos sistemas de inteligencia artificial en distintos departamentos de las aseguradoras: en suscripción, con el análisis de datos para predecir siniestros, tarificación, etc.; en la gestión de siniestros; en el departamento de atención al cliente; en el departamento interno de RR.HH., etc.

Además, estamos asistiendo a un uso exponencial de los algoritmos y, en el caso de la tarificación, la Comisión Nacional del Mercado de la Competencia ya avisa de que, dado que el uso de los algoritmos para fijar precios está cada vez más extendido, se incrementa la posibilidad de colusión algorítmica: comportamientos anticompetitivos, al favorecer que las empresas coordinen su comportamiento sin necesidad de un acuerdo formal o siquiera una práctica concertada o sin necesidad de interacción humana.

Pero no solo afecta a derecho de la competencia el uso de algoritmos. Así, además de tener en cuenta la Protección de Datos, también por ejemplo debemos considerar las implicaciones para el Derecho Laboral y Derecho Fundamentales y al respecto ya hay mucha jurisprudencia, como en Italia ocurre con el Caso Deliveroo, aunque más interesante es la sentencia relativa a unos profesores candidatos a ser contratados, que denunciaron que todo el

procedimiento de selección había sido gestionado por un sistema informático que utilizaba un algoritmo cuyo funcionamiento se desconocía. La sentencia de este tema considera que “se violan los principios de imparcialidad, publicidad y transparencia, al no quedar claro por qué las expectativas legítimas de sujetos ubicados en una posición específica en la clasificación se sintieron decepcionados”.

Sentencia de La Haya

Para el caso del ámbito de los seguros, en que se está usando IA para prevenir el fraude, es muy importante la sentencia del Tribunal de Distrito de La Haya, C / 09/550982 / HA ZA 18-388, de 5 de febrero de 2020. El Sistema de Indicadores de Riesgo es un instrumento desarrollado por el gobierno neerlandés con el objetivo de prevenir y combatir el fraude a la Seguridad Social, que realiza un informe de riesgos sobre las probabilidades de defraudar al sistema de la Seguridad Social a través de grandes cantidades de datos obtenidos por diversas administraciones públicas que colaboran en el intercambio de datos con la plataforma.

Uno de los principales problemas por lo que este algoritmo fue a la Corte de Distrito de la Haya era por si la aplicación SyRI infringía o no el derecho a la privacidad. Según los arts. 93 y 94 de la Constitución neerlandesa, la Corte entiende que ante esta normativa debe aplicarse el derecho humano al respeto a la vida privada y familiar del art. 8 de la Carta Europea de Derechos Humanos a partir de la interpretación que del mismo ha hecho el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y, en este sentido, determina que este derecho está íntimamente relacionado con el derecho a la protección de los datos personales. Del mismo modo, se examina la Carta de los Derechos Fundamentales (arts. 7 y 8) y el RGPD.

A partir de estas precisiones, se valora el derecho a la privacidad, llegándose a la conclusión de que no se puede evaluar con exactitud qué es este algoritmo, ni como es su mecanismo, dado que el Gobierno no ha hecho pública –ni ha aportado al procedimiento– información objetiva y verificable sobre el modelo de riesgo en el que se basa. Además, la normativa neerlandesa no prevé ninguna obligación de informar a aquellas personas cuyos datos son procesados o incluso de que se les esté aplicando un informe de riesgo. De esta manera, aunque en este caso no parecía existir ningún sesgo o discriminación, este algoritmo digital sí que presentaba problemas en relación a la privacidad, resultando ser la normativa insuficiente, así como el propio algoritmo, en lo que respecta a su injerencia desproporcional en la vida privada de las personas.

Además del ámbito del derecho laboral, numerosos tribunales se han pronunciado sobre la vulneración de la normativa de Protección de Datos por el empleo de sistema de Inteligencia Artificial. Ejemplo de ello es la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 7 diciembre 2023, OQ contra Land Hessen, C-634/21 (ECLI:EU:C:2023:957). La sentencia tiene como trasfondo el algoritmo de la empresa SCHUFA, agencia de información sobre solvencia de terceros. El algoritmo tenía como fin la generación automatizada de valores de puntuación crediticia (o credit scoring). A través de una serie de procedimientos matemáticos y estadísticos, y un análisis del historial de solvencia de diferentes consumidores, el algoritmo permitía predecir la posibilidad de que un determinado cliente falte al pago de sus deudas. El demandante había visto su crédito denegado en base a la ejecución de dicho algoritmo y el tribunal alemán, donde la litis tenía su origen, plantea una cuestión prejudicial sobre si, pese a que no es la entidad bancaria la que emite la decisión automatizada, –sino la agencia de información que únicamente genera valor de probabilidad–, esto puede entrar dentro de la definición de decisión individual automatizada: Todo interesado tendrá derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles, que produzca efectos jurídicos en él o le afecte significativamente de modo similar.

¿Y en España?

En España, estamos a la espera de que El Tribunal Supremo se pronuncie sobre la cuestión de si procede facilitar el código fuente de la aplicación informática que se usa para determinar quién tiene acceso al bono social eléctrico, el descuento en la factura de la luz que afecta a miles de personas vulnerables. Este es un procedimiento pionero donde se decide sobre la transparencia de los algoritmos públicos, algo crucial para garantizar una adecuada vigilancia y rendición de cuentas.

En 2018, Civio (organización independiente y sin ánimo de lucro) pidió el código fuente, las funcionalidades y los casos de prueba de BOSCO, el programa que decide quién accede al bono social eléctrico, un bono social que subvenciona, en parte, el pago de la factura, quien toma la decisión de quién recibe o no este bono. El sistema BOSCO entró en funcionamiento en 2017 y es utilizado por las compañías distribuidoras para tramitar toda la documentación que reciben de las familias solicitantes. La asignación de ayudas públicas es una de las áreas del sector público donde más ha crecido el uso de sistemas automatizados.

La Administración rechazó dar acceso a los datos de BOSCO, pero el Consejo de Transparencia y Buen Gobierno, sí permitió conocer las funcionalidades y los

casos de prueba, lo que permitió demostrar que BOSCO había sido diseñado con errores que dejaban fuera a personas con derecho a la ayuda. Sin embargo, el Consejo de Transparencia negó el acceso al código fuente, donde se detallan todas las instrucciones del algoritmo, ahora le toca decidir al Tribunal Supremo.

No olvidemos que la Carta de Derechos Digitales indica: “XVIII Derechos digitales de la ciudadanía en sus relaciones con las Administraciones Públicas

1. El derecho a la igualdad de las personas se extiende al acceso a los servicios públicos y en las relaciones digitales con las Administraciones públicas. A tal fin se promoverán políticas públicas activas que garanticen el acceso a los servicios públicos, a los sistemas y los procedimientos a todos los sujetos y la asistencia en tales procedimientos.

2. El principio de transparencia y de reutilización de datos de las Administraciones públicas guiará la actuación de la Administración digital, de conformidad con la normativa sectorial. En particular, se garantizará el derecho de acceso a la información pública, se promoverá la publicidad activa y la rendición de cuentas y se velará por la portabilidad de los datos y la interoperabilidad de los formatos, sistemas y aplicaciones, en los términos que prevea el ordenamiento jurídico vigente.

3. Se promoverá la universalidad, la neutralidad y la no discriminación, en particular por razón del sexo, de las tecnologías usadas por las Administraciones públicas, y se impulsará la puesta a disposición entre Administraciones de aplicaciones de cuyos derechos de propiedad intelectual sean titulares, salvo supuestos especial protección por una norma.

Las Administraciones públicas promoverán que la provisión de servicios por medios digitales respete los principios de esta Carta”.

Riesgos legales invisibles para una agencia de suscripción (y como evitarlos) | Podcast ASASE – Bernardo Ybarra

Jul 1, 2025 | [Apariciones en medios](#)

Publicación: ASASE

Nuestro socio [Bernardo Ybarra Malo de Molina](#) es el invitado del episodio de final de temporada del podcast de **ASASE**.

En esta conversación, Bernardo aborda los riesgos legales invisibles que enfrentan las agencias de suscripción y cómo evitarlos. Un episodio cargado de cuestiones prácticas y casos reales.

Ya lo puedes escuchar en Spotify, episodio completo del podcast disponible [aquí](#).

¡Gracias, ASASE por contar con nosotros! ¡Enhorabuena por esta primera temporada!

Si quieres estar en la lista de distribución del boletín de ASASE, envía un mensaje a info@asase.eu



The graphic is a promotional poster for a podcast. It features a dark red header with the text "#PODCAST". Below this, on the left, is a white box containing the text "Nuestro socio **Bernardo Ybarra Malo de Molina**, nuevo invitado en el podcast de **ASASE**." and a small black and white logo. To the right of this text is a large portrait of Bernardo Ybarra Malo de Molina, a man with a beard and mustache, wearing a dark suit and tie. At the bottom left is the logo for "MUÑOZ ARRIBAS ABOGADOS". At the bottom right, in a blue box, is the name "Bernardo Ybarra Malo de Molina" and the title "Socio".

Resumen de modificaciones de la Ley 5/2025

Jul 28, 2025 | Publicaciones

El 23 de julio de 2025 se aprobó en el Congreso la Ley 5/2025, que reforma la normativa de responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Esta ley modifica el texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (RDL 8/2004) y actualiza el sistema de valoración de daños personales por accidentes de tráfico (el llamado Baremo introducido por Ley 35/2015).

Los cambios responden a la transposición de la Directiva (UE) 2021/2118 y a las recomendaciones de la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración, con el objetivo de mejorar la protección de las víctimas de accidentes y adaptar el seguro obligatorio a nuevas realidades.

A continuación, se presenta una nota con las principales modificaciones, incluyendo cuadros comparativos de las diferencias del baremo vigente antes y después de la reforma, así como otras novedades relevantes en la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro.

En Muñoz Arribas Abogados hemos preparado un resumen detallado que puedes analizar [a continuación](#).



TRIBUNA

**Prescripción
y accidentes de trabajo**

Ismael Valera Bonet
Letrado Senior Muñoz Arribas Abogados, S.L.P.

La prescripción de la acción es una de las cuestiones que analizamos en primer lugar cuando estudiamos la viabilidad de las reclamaciones de daños y perjuicios derivadas de accidente de trabajo en la jurisdicción social.

Cabe señalar que el plazo de prescripción para reclamar los daños y perjuicios derivados de accidente de trabajo es de un año y el “dies a quo” del cómputo para el ejercicio de la acción, se inicia desde el momento en que la acción puede ser ejercitada, con la especialidad en la materia que nos ocupa, que el plazo no puede ejercitarse hasta que el lesionado y/o beneficiario no tiene un cabal conocimiento de las secuelas del accidente y de las mermas que tales secuelas le producen tanto en su capacidad de ganancia como en su patrimonio biológico (artículos 59 del ET y 1968, 1969 y 1973 de Código Civil).

Consecuentemente, el plazo de prescripción no comienza a computarse hasta que no adquiera firmeza la resolución que definitivamente resuelva sobre las prestaciones de seguridad social a que tenga derecho el beneficiario y, en su caso, la contingencia de la que derive. Es también un criterio consolidado que el “dies a quo” para computar la prescripción no es el de la fecha de la resolución administrativa o judicial que declara y/o deniega al lesionado estar afecto a incapacidad permanente, sino el de la firmeza de tal resolución, puesto que la firmeza de la resolución permite al interesado conocer el alcance de las lesiones y sus efectos sobre su capacidad laboral (STS 4-7-2006 (Rec. 834/2005)).

En definitiva, la doctrina unificada de la Sala de lo Social del TS concluye que la aplicación e interpretación de las reglas sobre prescripción de la acción por daños y perjuicios derivados del accidente laboral deben ser restrictivas y que el plazo general de un año contemplado en el artículo 59 ET es el que gobierna la prescripción de la acción que consideramos y que el día inicial del cómputo es el de la firmeza de la resolución (administrativa o judicial) aquilatando las consecuencias del accidente.

Aunque en ocasiones suele afirmarse con ligereza que la acción está prescrita sin hacerse un análisis riguroso de todas las circunstancias concurrentes a tener en cuenta, el juego de la prescripción resulta especialmente complicado en el ámbito de las acciones derivadas del accidente de trabajo. La complejidad deriva, por una parte, de la pluralidad de acciones que el accidente de trabajo puede generar: la reclamación para que se fijen las consecuencias del mismo sobre la capacidad laboral del trabajador y, en su caso, la impugnación judicial de la resolución administrativa que las concreta (grado y contingencia); la solicitud de fijación del recargo de prestaciones; la reclamación de daños y perjuicios derivados del accidente -que a su vez puede dirigirse contra el empresario y/o contra la compañía aseguradora-; las acciones penales contra los responsables del accidente o, finalmente, la reclamación por la eventual responsabilidad administrativa de la empresa por incumplimiento de las medidas de prevención.

Criterios del TS

El Tribunal Supremo han abordado el análisis de esta cuestión, poniendo de manifiesto las dificultades que plantea la fijación del dies a quo para el cómputo de la prescripción de la acción por daños derivados del accidente de trabajo.

La Sentencia de 1 de junio de 2016 (Rec. 2527/2014) y de 5 de julio de 2017 (Rec. 2734/2015), da respuesta a dos cuestiones fundamentales: la fecha que debe tomarse como dies a quo para el cómputo de la prescripción y la referida a la determinación de a quién corresponde la carga de la prueba sobre dicho extremo.

Esclarecedora es la sentencia la STS de 4-7-2006 (Rec. 834/2005) al declarar que el proceso sobre recargo de prestaciones de Seguridad Social por falta de medidas de seguridad no interrumpe la prescripción de la acción de daños dado que "la acción sobre recargo de prestaciones es diferenciada e independiente, y dirigida a obtener una compensación autónoma, y que por su carácter sancionador no es computable en el quantum indemnizatorio total", sin perjuicio

de que la sentencia que resuelve sobre el recargo tenga efectos de cosa juzgada positiva sobre el pleito posterior de indemnización de daños y perjuicios (STS 12-7-2013, Rec. 2294/2012), doctrina que ha sido matizada por la STS (Sala de lo Social, Sección 1ª), num. 982/2023 de 21 noviembre.

Sin embargo, la STS 14-7-2015 (Rec. 407/2014) estima que la acción de daños sí interrumpe la prescripción de la acción de imposición de recargo de prestaciones porque con su solicitud de imposición del recargo no hace sino mantener la misma línea defensiva que ha sostenido sin decaimiento de su reclamación por los mismos hechos que concurrieron en el momento del accidente.

También hay que tener en cuenta que la incoación de actuaciones penales derivadas del accidente de trabajo, puesto que conforme a una consolidada doctrina jurisprudencial el plazo de prescripción solo puede computarse desde que adquiere firmeza la resolución que pone fin a las actuaciones, ya sea por sobreseimiento y archivo y/o sentencia absolutoria, que abriría la vía para reclamar los daños y perjuicios ante la jurisdicción social y/o civil a los trabajadores autónomos.

Conforme a lo expuesto en los párrafos que aventajan, me parece adecuado hacer referencia a un litigio que actualmente se encuentra recurrido en segunda instancia tras haber sido desestimada la demanda de resarcimiento de daños y perjuicios interpuesta ante la jurisdicción social tras haberse declarado prescrita la acción ejercitada por el lesionado.

En este caso un trabajador tuvo un accidente de trabajo del que se derivaron lesiones muy graves y se incoaron actuaciones penales.

Al lesionado le hicieron ofrecimiento de acciones en la jurisdicción penal y prestó declaración en sede judicial en la que manifestó su voluntad de no reclamar nada, sobreseyéndose provisionalmente la causa, si bien el Auto que acordó el archivo de las actuaciones no le fue notificado al trabajador tras su dictado en el año 2019, habiendo reclamado el resarcimiento de los daños y perjuicios en la jurisdicción social en el año 2023, tras haberse confirmado judicialmente la sanción y el recargo de prestaciones impuestos a la empleadora del trabajador.

Como consecuencia del accidente el trabajador fue declarado en situación de incapacidad permanente e interpuso demanda ante la jurisdicción social cuando había transcurrido el plazo de un año desde que fue confirmado el grado de incapacidad permanente que le fue reconocido.

La Juez a quo declara la prescripción de la acción resolviendo que cuando el

trabajador ejercitó la acción había transcurrido el plazo de un año desde que tuvo un cabal conocimiento de las secuelas derivadas del accidente y la merma que las secuelas le producían en su patrimonio biológico y en su capacidad de ganancia y fijó el dies a quo en la fecha en la que adquirió firmeza la sentencia que confirmó el grado de incapacidad permanente derivada del accidente de trabajo.

La particularidad de este asunto es que la Magistrada no tuvo en cuenta la fecha en la que le fue notificado al lesionado el Auto que acordó el sobreseimiento y archivo de las actuaciones para computar el inicio del plazo de la prescripción, lo que tuvo lugar, con fecha 1 de abril de 2025, un día antes de la celebración del juicio ante la jurisdicción social, razonándose en la fundamentación jurídica de la sentencia:

Todo lo anterior aplicado al caso de autos nos lleva a concluir que el dies a quo para el cómputo del plazo de prescripción no es otro en el presente caso que el 29 de septiembre de 2021 en que se notifica al actor la firmeza de la sentencia recaída en los autos SSS 1171/2020 que confirma la resolución que le declaraba afecto de IPT derivada de la contingencia de accidente de trabajo, pues desde ese momento sus lesiones quedaron consolidadas teniendo el beneficiario un cabal conocimiento de las secuelas del accidente y de las mermas producidas por el mismo en su salud y capacidad laboral. Por consiguiente, a partir del 29 de septiembre de 2021 comienza a correr el plazo de prescripción del año y como quiera que la papeleta de conciliación dimanante del proceso en curso tuvo entrada el 9 de noviembre de 2023 cuando había transcurrido en exceso el plazo del año, debemos concluir que en el presente caso la acción estaría prescrita. A la misma conclusión llegamos si se entiende que el procedimiento penal interrumpe la prescripción pues el mismo fue archivado por auto firme de 14 de noviembre de 2019 tras renunciar el actor el 13 de noviembre de 2019 a ser indemnizado en dicho procedimiento no pudiendo dejar al arbitrio de una de las partes, en este caso el actor, el inicio del cómputo por la notificación del archivo que se produjo por comparecencia personal y a iniciativa propia el día antes de la vista de estos autos, momento en el que se le hizo la advertencia de la firmeza del archivo de dicho procedimiento en el que nunca tuvo intención de reclamar indemnización como manifestó en el momento del ofrecimiento de acciones el 13 de noviembre de 2019.

Como podéis comprobar, la Magistrada de instancia considera que a pesar de que el Auto que sobreseyó las actuaciones penales de fecha 14 de noviembre de 2019 se notificó al lesionado por comparecencia personal en el juzgado de instrucción el día 1 de abril de 2025, un día antes de la celebración del juicio, el hecho de que manifestase su voluntad de no reclamar cuando se le hizo el

ofrecimiento de acciones en la jurisdicción penal, justifica que no pueda dejarse al arbitrio de una de las partes, en este caso al actor, el inicio del dies a quo de la prescripción por la notificación del sobreseimiento y archivo de las actuaciones penales.

Queda pendiente la resolución de la Sala de lo Social del TSJ sobre este litigio, así como la posible unificación de doctrina que podría emitir la Sala IV del Tribunal Supremo.



ENTREVISTA

Jordi Fernández de Cuatrecasas: "La comunicación estratégica no es una campaña, es una forma de gestión"

Leer más

Líder Legal

EL PRIMER DIARIO LEGAL IBEROAMERICANO



ENTREVISTA

Ana Tortosa, de Freshfields: "Es un reto trabajar en una comunicación con la que todos estén cómodos"

Leer más

REPORTAJES

OPERACIONES

FICHAJES

OPINION

IA & TECH

PERFILES FIRMAS

GENERAL COUNSEL

ENTREVISTAS

ÚLTIMAS NOTICIAS

PARTNERSHIPS



Francisco Javier Muñoz Villarreal
Socio de Muñoz Arribas Abogados



ENTREVISTA

ENTREVISTAS

Constancia e ilusión en un proyecto que cumple 50 años: Muñoz Arribas Abogados, referentes en honestidad y rigor técnico

29 de septiembre de 2025 |

Por Heidi Maldonado

Muñoz Arribas Abogados es una boutique que está a punto de cumplir 50 años de historia, reconocida en directorios como Chambers & Partners y Legal 500.

Hoy conversamos con su socio **Francisco Javier Muñoz Villarreal**, experto en Derecho de Seguros y responsabilidad civil, quien nos comparte los secretos detrás de los casi 50 años de éxito de la firma, destacando su especialización, compromiso humano y constante adaptación a las innovaciones del sector. Nos explica cómo la digitalización, los nuevos riesgos cibernéticos y medioambientales están transformando el mercado asegurador y la importancia

de soluciones legales ágiles como la mediación y el arbitraje.

Le invitamos a leer la conversación y descubrir cómo Muñoz Arribas combina experiencia, innovación y cercanía para seguir siendo referente en un sector tan complejo y dinámico

¿Cuál diría que ha sido la clave para mantener la relevancia de la firma durante tanto tiempo en un sector tan exigente como el de los seguros?

Estamos a punto de cumplir 50 años, lo que me emociona especialmente porque detrás de esa cifra hay constancia, ilusión y un proyecto compartido. Creo que la clave ha sido nunca perder de vista nuestro propósito: servir con honestidad, rigor técnico y cercanía.

La especialización nos ha dado profundidad, pero lo que de verdad nos mantiene es el equipo. Somos una familia profesional donde cada persona es esencial. Y también el compromiso con causas que nos trascienden, como ser empresa amiga de UNICEF. Eso nos recuerda que el derecho y el seguro están al servicio de la sociedad, no solo de un mercado.

En estos años, el Derecho de los Seguros ha cambiado profundamente. ¿Qué hitos regulatorios o jurisprudenciales han marcado más la evolución del despacho?

El Derecho de Seguros nunca está quieto. Para mí, tres ámbitos han sido decisivos: la evolución de la responsabilidad civil en construcción e ingenierías que es mi especialidad dentro del despacho, la normativa medioambiental y la irrupción de los ciberriesgos. Cada uno ha supuesto un giro en la forma de trabajar, de asesorar y de litigar.

Pero, más allá de las normas, lo que ha marcado al despacho ha sido la capacidad de adaptarse continuamente. Y eso lo hemos logrado con un contacto continuo con la universidad donde varios de los socios somos profesores en distintos cursos, analizar y publicar artículos de las novedades legislativas y jurisprudenciales, anticipar tendencias y acompañar a los clientes en escenarios cada vez más complejos.

“Los grandes despachos generalistas tienen amplitud; nosotros, profundidad. Y creo que en seguros la profundidad marca la diferencia”
Su firma se presenta como un despacho de alta especialización en seguros y reaseguros. ¿Qué ventajas aporta esa exclusividad frente a los grandes bufetes generalistas?

La especialización nos da algo que valoro mucho: confianza. El cliente sabe que hablamos su idioma, que entendemos el sector desde dentro. Eso nos permite ser ágiles, anticipar problemas y ofrecer soluciones muy concretas.

Los grandes despachos generalistas tienen amplitud; nosotros, profundidad. Y creo que en seguros la profundidad marca la diferencia. Siempre digo a los abogados del despacho que nuestro trabajo no es ganar juicios (que también) se trata de conocer en profundidad el negocio del que formas parte y la filosofía y forma de entender el negocio de cada cliente que varía mucho de uno a otro. Eso es ser un *partner*.

“Nuestro papel es tender puentes entre lo innovador y lo seguro, entre lo tecnológico y lo legal. Y, sobre todo, ayudar a que esa innovación no pierda de vista a las personas”

Hoy el mercado asegurador está marcado por la innovación y la digitalización. ¿Cómo se traduce ese cambio en las necesidades legales de las aseguradoras y reaseguradoras?

Se traduce en que el derecho deja de ser solo papel y pasa a ser también código, datos y algoritmos. Las aseguradoras necesitan asesoramiento para moverse en un terreno nuevo: big data, IA, blockchain... y hacerlo con seguridad jurídica. Nuestro papel es tender puentes entre lo innovador y lo seguro, entre lo tecnológico y lo legal. Y, sobre todo, ayudar a que esa innovación no pierda de vista a las personas.

Usted lidera el área de construcción, ingenierías y colegios profesionales. En este sector, la responsabilidad civil es especialmente delicada. ¿Cuáles son los principales riesgos legales a los que se enfrentan arquitectos, ingenieros y otros técnicos?

Los riesgos más habituales tienen que ver con defectos constructivos, accidentes laborales e incumplimientos normativos. Es evidente que cada vez son mayores las cuantías de las reclamaciones (aplicación de baremos en accidentes de trabajo con aumento del importe por fiscalía, materiales y técnicas constructivas cada más sofisticadas).

Por ello que los técnicos tengan la mejor defensa jurídica cuando en muchos asuntos la reclamación excede de la cobertura de su póliza de RC o se ve inmerso en un procedimiento penal por un accidente de trabajo que además lleva años de tramitación me parece esencial y Muñoz Arribas sigue siendo uno de los despachos de referencia en esta materia lo que habla de nuestro buen hacer.



En los últimos años hemos visto un aumento de reclamaciones por defectos constructivos, responsabilidades medioambientales y fallos en proyectos de ingeniería. ¿Qué tendencias observa en este tipo de litigios?

Veo una clara sofisticación. Ya no son solo humedades o grietas; entran en juego cuestiones ambientales, de sostenibilidad, de nuevas tecnologías de construcción. Y eso exige peritajes más avanzados y abogados que no solo conozcan el derecho, sino que sean capaces de analizar un plano o entender un cálculo.

El sector asegurador convive ya con fenómenos como Insurtech, Big Data, Blockchain e incluso Inteligencia Artificial. ¿Qué impacto jurídico tienen estas tecnologías en el diseño y gestión de los seguros?

Un impacto enorme. Desde la tarificación hasta la gestión del siniestro, la tecnología está transformando el sector. Pero junto con la eficiencia surgen riesgos: sesgos en algoritmos, protección de datos, seguridad cibernética, contratos inteligentes que fallan...

El derecho tiene que estar ahí para dar certezas y confianza. Si no, la innovación se convierte en vulnerabilidad.

En cuanto a ciberriesgos, cada vez más empresas incluyen pólizas específicas. ¿Cree que el mercado español está suficientemente preparado

para afrontar un gran siniestro cibernético?

Creo que hemos avanzado mucho, pero todavía no del todo. Un gran ciberataque pondría a prueba no solo a las aseguradoras, sino a toda la cadena: empresas, peritos, reguladores, tribunales.

Estamos mejor que hace cinco años, pero un siniestro de gran magnitud aún sería un reto enorme. Y ahí el sector tiene que seguir reforzándose.

Lo que sí puedo decir como despacho que gestiona siniestro Cyber es que el aumento de siniestralidad es exponencial en los últimos años con tendencia a seguir subiendo y que recomiendo a cualquier empresa o profesional (empezando por los propios abogados) a tener una póliza específica de Cyber con buenas coberturas.

Una parte relevante de los conflictos aseguradores se resuelve fuera de los tribunales. ¿Qué ventajas ofrece la mediación y el arbitraje en comparación con la vía judicial?

La gran ventaja es que se gana tiempo y se preservan relaciones. En un sector como el asegurador, donde las compañías trabajan juntas en reaseguros o en distintos ramos, mantener puentes es fundamental.

Además, el arbitraje para temas muy complejos permite que expertos en seguros decidan, y eso da mucha más seguridad técnica que un litigio largo y complejo.

Dicho esto, creo que los MASC por lo que estamos comprobando en construcción es complicado que sean útiles para no judicializar el conflicto ya que al ser un acto previo muchas veces el reclamante está interponiendo el MASC frente a todos los agentes intervinientes en el proceso constructivo y los agentes aún siquiera tienen las periciales para valorar y las posturas están alejadísimas. Creo más en el acuerdo con las posiciones más maduras.

¿Observa un cambio cultural en las aseguradoras hacia soluciones extrajudiciales más ágiles?

Sí, y me parece muy positivo. Hay una conciencia creciente de que la justicia ordinaria es lenta y costosa, y que a veces la mejor solución no está en una sentencia, sino en un acuerdo. Eso requiere cambiar mentalidades, pero el sector está en ese camino. Yo personalmente creo que me adelanté porque siempre he sido un abogado que ha llegado a muchos acuerdos sin Sentencia creo que con resultados muy positivos para los clientes.

Desde su experiencia, ¿cuáles son los grandes desafíos legales que afrontará el sector asegurador español en los próximos cinco años?

Diría que son tres:

- Gestionar los riesgos emergentes (ciber, medioambientales, climáticos).
- Adaptarse a una regulación más exigente en datos, tecnología y sostenibilidad.
- Y mantener la confianza de los asegurados en un mundo cada vez más digital.

Queremos seguir siendo referencia en especialización y cercanía.

¿Qué papel quiere jugar Muñoz Arribas Abogados en ese futuro del mercado asegurador?

Queremos seguir siendo referencia en especialización y cercanía. Cumplir 50 años no es un punto de llegada, es un punto de partida para afrontar lo que viene. Nuestro papel será acompañar a todos los actores del sector en esos nuevos riesgos, defender a los profesionales que nos confían su defensa, y hacerlo con la misma humanidad y compromiso que nos ha traído hasta aquí.

Su trayectoria combina la práctica jurídica, la docencia y el asesoramiento a sectores técnicos como la construcción y la ingeniería. ¿Qué le atrajo inicialmente del Derecho de Seguros y de la responsabilidad civil?

Interrogatorio de Andrew Beckett (Tom Hanks) en la película de 1993 Philadelphia: “El que, de cuando en cuando, no muy a menudo, pero alguna vez, uno puede participar en el hecho de hacer justicia”.



TRIBUNA

Lo mejor y lo peor de la LCS

José Antonio Muñoz Villarreal
Socio - Director Jurídico
de Muñoz Arribas Abogados

LO MEJOR

Por supuesto, lo más importante: Seguridad jurídica y estabilidad tras más de 40 años. Pero también:

Reconocimiento de la autonomía técnica del contrato de seguro.

Protección razonable del asegurador en aspectos clave (deber de declaración del riesgo, agravación, infraseguro).

Que la norma sea “fácil” de manejar

LO PEOR

Enfoque excesivamente paternalista hacia el asegurado.

Rigidez normativa (muchas normas imperativas que impiden libertad contractual).

Falta de adaptación a nuevos riesgos y productos (ciber, paramétricos, etc.), lo que plantea como necesaria quizás una actualización de la ley.

Y por supuesto, la estrella de la ley: el artículo 20 de la LCS

¿QUÉ DEBERÍA CAMBIARSE?

Flexibilizar el régimen imperativo en seguros entre profesionales/empresas.

Actualizar el régimen de deberes de información precontractual y poscontractual (alinearlo en lo que se pueda con la normativa europea) y adaptarlo a las nuevas tecnologías.

Regular expresamente nuevos ramos y figuras (seguros colectivos, unit linked, riesgos digitales).

Modificar de una vez por todas, con criterios de lógica, los intereses moratorios del art. 20.

Anuario La Ley

2025: Práctica contenciosa para abogados

Los casos más relevantes sobre litigación y arbitraje en 2024 en los grandes despachos

Análisis de la SAP de Madrid de 4 de junio de 2024, Seguro de Accidentes, Covid y Falta de cobertura, por Bernardo Ybarra

RESUMEN

La sentencia objeto de comentario analiza la cobertura de una póliza de accidentes suscrita por un médico que falleció como consecuencia del Covid-19 adquirido durante el ejercicio de su profesión al principio de la pandemia. Este profesional sanitario tenía suscritos dos contratos de seguro de accidentes con distintas aseguradoras. La primera compañía procedió a indemnizar a la familia del médico fallecido. La segunda aseguradora concluyó que el siniestro no estaba cubierto dado que el contagio de una enfermedad como el Covid-19 no se puede conceptuar como un accidente, ni conforme al sentido propio de la palabra ni en los términos establecidos en la póliza o conforme a su concepto legal. La prensa se hizo eco del caso.

Por su parte, el Gobierno había aprobado varias normas que asimilaban a accidente de trabajo el contagio del Covid-19 de los profesionales sanitarios.

La familia del profesional sanitario no aceptó el rechazo de cobertura y presentó demanda ante los juzgados de lo Civil, que fue estimada, concediendo una indemnización a la demandante. La aseguradora recurrió. La Audiencia Provincial de Madrid estimó la apelación y desestimó la demanda.

Conceptos clave: «Covid-19», «accidente de trabajo», «inoculación», «contagio», «transmisión», «violento», «súbito», «imprevisto».

ABSTRACT

The judgment in question analyses the coverage of an accident policy taken out by a doctor who died as a result of Covid-19 acquired during the exercise of his profession at the beginning of the pandemic. This health professional had taken out two accident insurance contracts with different insurers. The first company proceeded to compensate the family of the deceased doctor. The second insurer concluded that the claim was not covered since the contagion of a disease such as Covid-19 cannot be considered an accident, neither in the proper sense of the word nor in the terms established in the policy or according to its legal concept. The case was reported in the press.

On the other hand, the government had passed several regulations that assimilated the Covid-19 infection of health professionals to an accident at work.

The family of the health professional did not accept the refusal of coverage and filed a lawsuit before the Civil Courts, which was upheld, awarding compensation to the claimants. The insurer appealed. The Madrid Provincial Court upheld the appeal and dismissed the claim.

Key concepts: «Covid-19», «accident at work», «inoculation», «contagion», «transmission», «violent», «sudden», «unexpected».

I. HECHOS

En marzo de 2020 España se enfrentaba a una emergencia sanitaria sin precedentes como consecuencia de la pandemia del siglo provocada por el coronavirus Covid-19. En esas fechas el doctor D era jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo de un hospital público y, como consecuencia de la necesidad de hacer frente a esta crisis sanitaria, aquél pasó a prestar sus servicios para atender a las personas infectadas por la Covid-19.

El 13 de marzo de 2020 el doctor D se sometió a una prueba PCR que estableció que cumplía los criterios para ser un caso confirmado de Covid-19. Lamentablemente el médico falleció el 18 de abril de 2020 constando como causa de la muerte «neumonía bilateral por Covid-19». El servicio público de salud emitió parte que en el que calificaba como accidente de trabajo el contagio del Covid-19 que había provocado el fallecimiento del médico.

El doctor tenía suscrito dos seguros de accidentes con distintas aseguradoras, cuyos respectivos condicionados otorgaban cobertura en caso de muerte por accidente. La viuda reclamó a cada una de las dos aseguradoras el pago de la indemnización prevista para el fallecimiento en el seguro de accidentes.

La primera de ellas procedió a indemnizar a la familia del médico fallecido. La segunda aseguradora concluyó que el siniestro no estaba cubierto dado que el contagio de una enfermedad como el Covid-19 no se puede conceptuar como un accidente, ni conforme al sentido propio de la palabra ni en los términos establecidos en la póliza y tampoco en los términos establecidos en el artículo 100 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro (en adelante LCS), y ello a pesar de que, a efectos de contingencia, dicha enfermedad se hubiese asimilado a un accidente de trabajo al amparo de la normativa aprobada por el Gobierno en el marco de la pandemia.

La prensa y otros medios de comunicación se hicieron eco de esta noticia. El caso se presentaba como de especial sensibilidad, tanto por la atención que estaba recibiendo por los medios de comunicación, como por el hecho de que el médico había fallecido al principio de la pandemia al contagiarse de la Covid-19 al atender a pacientes que sufrían esta enfermedad.

La viuda interpuso demanda ante los juzgados de Primera Instancia de Madrid contra la segunda de las aseguradoras reclamando una indemnización de 150.000 euros que era el capital asegurado para el caso de muerte por

accidente, además de los intereses del artículo 20 LCS y las costas. Los principales argumentos de la demanda son los siguientes:

— El contagio confirmado de Covid-19 fue adquirido, precisamente, al tratar pacientes contagiados por esta enfermedad durante el estado de alarma. El fallecimiento fue consecuencia del riesgo voluntariamente asumido por el médico en cumplimiento, quien dejó su puesto de jefe de Servicio para atender de modo directo a los pacientes con Covid-19.

— El Covid-19 sufrido por el médico asegurado cumplía los criterios para calificarse como accidente de trabajo conforme el Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, que en su artículo 9 establece que tiene «Con- Sideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV2 durante el estado de alarma». Igualmente el Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, y la Orden TES/1180/2020 reconocen como (situación asimilada) accidente de trabajo la infección de Covid-19 por parte del personal sanitario (a efectos de la prestación económica por incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social).

— Con base en la precitada normativa, el servicio público de salud emitió parte de asistencia sanitaria calificando como accidente de trabajo el contagio por Covid-19 sufrido por el facultativo.

— En términos generales, en la demanda se evita el uso de la palabra «contagio» o «transmisión» al referirse al Covid-19 utilizando en su lugar el término «inoculación», dado que en la póliza suscrita con la aseguradora demanda se relacionaba entre los riesgos incluidos «las inoculaciones infecciosas o pinchazos que sufran los profesionales en el ejercicio de su profesión».

— La tesis de la actora consistía en que el mecanismo de adquisición del coronavirus no había sido un contagio, sino la inoculación de la enfermedad. A este respecto se citaba a la Real Academia Española que definía el término inocular del siguiente modo: «Introducir en un organismo una sustancia que contiene los gérmenes de una enfermedad».

Por su parte, la compañía aseguradora contestó a la demanda oponiendo que el fallecimiento del paciente como consecuencia del contagio por la Covid-19 no constituía un accidente ni tenía cobertura en la póliza de seguro de accidentes contratada. En esencia los argumentos en que se fundamentaba la defensa eran los siguientes:

— El hospital público donde prestó sus servicios emitió un informe donde hizo constar que el médico «ha resultado fallecido y ha estado implicado directamente en la lucha contra el COVID-19 en el desarrollo de su actividad laboral profesional, habiendo mantenido

contacto físico con personas infectados por el COVID-19». No existía ningún indicio de que el asegurado hubiese sufrido un pinchazo o inoculación accidental del germen del Covid-19, en el sentido propio de sus palabras, y que ello fuese la causa de transmisión de la enfermedad. El Covid-19 se transmitió por contacto con enfermos.

— A la hora de interpretar y aplicar la póliza de seguro de accidentes procede diferenciar los siguientes conceptos:

(i) «Accidente de trabajo» a los efectos de contingencia profesional. De acuerdo con el Real Decreto-ley 6/2020 y el Real Decreto-ley 19/2020 el contagio por el virus Covid-19 se considera una «situación asimilada a accidente de trabajo, exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social» lo que tiene como finalidad y efecto otorgar unas prestaciones por fallecimiento superiores a las comunes. En caso de muerte causada por accidente de trabajo o enfermedad profesional se reconocerá, además, una indemnización a tanto alzado.

(ii) «Accidente» en el marco del contrato de seguro de accidentes y del artículo 100 LCS.

— El artículo 100 LCS define el concepto de accidente, en el marco del seguro de accidentes, del siguiente modo: «Sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes efectúen en el contrato, se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte».

— El doctor D no tenía contratado un seguro de vida que cubriese el fallecimiento por cualquier causa, sino un seguro de accidentes que sólo otorgaba cobertura cuando la muerte tenga origen accidental.

— En las condiciones especiales y generales de la póliza suscrita con la aseguradora demandada, en coherencia con el artículo 100 LCS, se establece el concepto de accidente del siguiente modo: «Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca la incapacidad temporal o permanente o muerte».

— El fallecimiento por la Covid-19 no puede calificarse como una lesión corporal que haya derivado de una causa violenta y súbita.

— Además, para eliminar cualquier posible duda y delimitando el concepto de accidente, la póliza de seguro establece que están excluidas de cobertura las enfermedades de cualquier naturaleza. La exclusión está destacada en negrita y firmada por el asegurado a pie de página. El Covid-19 es una enfermedad.

— De acuerdo con un documento editado por el Ministerio de Sanidad en febrero de 2020 la adquisición de la infección del Covid-19

se produce por «transmisión» mediante contacto con secreciones respiratorias de una persona enferma. La Organización Mundial de la Salud se pronuncia en el mismo sentido.

— De acuerdo con el diccionario de la Real Academia de la lengua el término «inocular» tiene, en su primera acepción, el siguiente significado: «Introducir en un organismo una sustancia que contiene los gérmenes de una enfermedad». Por su parte, el Diccionario de la Real Academia de Medicina es aún más preciso definiendo este concepto del siguiente modo: «inocular (lat. i noculār(e) [in "dentro " + ocul(um) "ojo" + -āre) "injetar", por llamarse "ojos" los brotes o yemas de las plantas; docum. en lat. mediev. con el valor clásico, a partir del s. XVIII Adquirió significados parecidos al actual) [ingl. to inoculate). 1 v. Transmitir una enfermedad infecciosa introduciendo en un ser vivo una sustancia que contiene el microbio causal de dicha enfermedad. 2 v. Administrar una vacuna, un inmunosuero u otro antígeno con fines preventivos, terapéuticos o experimentales. 3 v. Sembrar microbios, o un material que los contiene, en un medio de cultivo».

— La inoculación, conforme al sentido propio de la palabra, requiere que una persona adopte una posición activa «introduciendo» un micro-organismo patógeno (virus, bacteria, hongo, etc.) para causar una enfermedad. Otra posibilidad de adquisición de la enfermedad habría sido la de sufrir un pinchazo o inoculación accidental, lo que, en ocasiones sucede en el ámbito hospitalario (no fue el caso).

— En el supuesto que nos ocupa la adquisición del Covid-19 no tuvo lugar por «inoculación» ni como consecuencia de un pinchazo, sino por «transmisión» de la enfermedad por contacto con otros enfermos, lo que no se puede calificar como accidente ni en los términos establecidos en el artículo 100 LCS ni conforme al contrato de seguro. En consecuencia, la póliza de seguros de accidente no cubre el fallecimiento.

II. RESOLUCIÓN JURÍDICA

1. Sentencia del juzgado de Primera Instancia núm. 97 de Madrid de 10 de enero de 2022

El Juzgado de Primera Instancia núm. 97 de Madrid dictó sentencia de 10 de enero de 2022 que estimaba parcialmente la demanda, condenando a la aseguradora al pago de la cantidad de 150.000 euros.

La sentencia parte de la premisa de que uno de los riesgos cubiertos en la póliza son «las inoculaciones infecciosas o pinchazos que sufran los profesionales en el ejercicio de su profesión». Tras hacer referencia literal al concepto de «inoculación» establecido en el diccionario de la RAE y en el diccionario de la Real Academia de Medicina, en la resolución analizada se desarrolla la idea de que nos encontramos ante una «inoculación accidental».

La Juez de Primera Instancia considera que el contagio fue debido a la «introducción» en el organismo del médico de aire aspirado como sustancia que contenía el virus, lo que, en su criterio, «incardina el riesgo cubierto». Continúa la sentencia señalando que no cabe descartar que esta introducción accidental del virus tenga la consideración de «inoculación accidental», pues fue un hecho externo y «violento por su intensidad», imprevisto y que generó en el asegurado una lesión por neumonía bilateral que provocó su muerte. La entrada accidental de aire con virus entra en el concepto de inoculación, ya que, se razona, «se pudo inocular tanto aire con virus como otro fluido que lo contenía». Esta resolución finaliza afirmando que el carácter «violento» se predica de la intensidad del resultado producido y su capacidad lesiva, que en este caso era evidente pues motivó la muerte del facultativo. La condición de «súbito» deriva de ser imprevisto, como lo fue el contagio.

La compañía aseguradora formuló recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia.

2. SAP de Madrid de J 4 de junio de 2024

La Audiencia Provincial de Madrid dictó sentencia de 14 de junio de 2024, núm. 289/2024, recurso de apelación núm. 996/2022, que estima el recurso de apelación interpuesto por la compañía aseguradora, desestimando íntegramente la demanda, sin costas en ninguna de las instancias.

La sentencia de segunda instancia resuelve la cuestión controvertida par- tiendo de las cuatro premisas que relacionamos seguidamente:

- a) El concepto legal de accidente establecido en el artículo 100 LCS.
- b) La delimitación del seguro de accidentes y su delimitación con otros seguros establecida en la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de julio de 2020 (también extractada por la sentencia de primera instancia).
- c) La póliza de seguro de accidentes que establece que tendrán la consideración de accidentes «Las inoculaciones infecciosas o pinchazos que sufran los profesionales en el ejercicio de su profesión».
- d) El concepto «inocular» establecido en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

El Tribunal de apelación no comparte la interpretación que hace la juez de Primera Instancia y establece las siguientes conclusiones que llevan a desestimar la demanda:

— La transmisión de una enfermedad no implica la acción de ninguna persona (concepto relacionado con la «inoculación») ni la concurrencia de un accidente (causa violenta súbita), sino que se produce por el mero contacto.

— El seguro de accidentes no cubre el fallecimiento por «enfermedades» y el Covid-19 es una enfermedad tal y como la define la Organización Mundial de la Salud.

— En este marco, el hecho de que un facultativo sufra un pinchazo, inoculación o inyección del germen de una enfermedad sí revestiría los caracteres de accidentalidad y violencia súbita. Sin embargo, en el caso que nos ocupa, la transmisión del Covid-19 se realiza por contacto con pacientes o compañeros sanitarios y no tiene carácter accidental ni puede considerarse, en los términos de la póliza, como «inoculación infecciosa».

— El médico no sufrió un «pinchazo o inoculación del Covid-19».

— A criterio de la Sala, en la sentencia de instancia se confunde una supuesta inoculación infecciosa súbita y violenta con lo que en realidad fue una transmisión de la enfermedad por contagio. Los términos «inoculación» y «pinchazo» son una mera enumeración equivalente o ejemplificación que, sin agotar todas las posibilidades, se utilizan como expresiones con idéntico valor denominativo.

— Finalmente, la Audiencia Provincial puntualiza que la calificación de accidente de trabajo del contagio del Covid-19 establecida en el Real Decreto-ley 6/2020 únicamente tiene efectos para la consideración de la contingencia profesional y para otorgar las correspondientes prestaciones, pero no modifica ni altera el concepto de accidente de la Ley de Contrato de Seguro.

La Sala dedica una extensión poco habitual en justificar la no imposición de las costas. Sostiene que aprecia dudas razonables en la decisión del conflicto suscitado y considera que no es aventurada la acción entablada, que parte de una interpretación de los términos de la póliza litigiosa que admite dudas, que han debido ser despejadas en este proceso, por lo que no impone las costas a ninguna de las partes.

La demandante no formuló recurso de casación, por lo que la sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid adquirió firmeza a todos los efectos.

III. COMENTARIO

El razonamiento jurídico, en su presentación más básica, se compone de dos premisas y una conclusión. La primera premisa son los hechos probados, la segunda la Ley aplicable. El fallo de la sentencia es la conclusión

que se sigue al aplicar la Ley a los hechos probados conforme a las reglas de la lógica.

En nuestro caso no existe controversia en relación con los hechos. Tampoco en cuanto a la Ley aplicable o su interpretación. De este modo, las premisas que articulan el razonamiento jurídico de las sentencias analizadas son meros conceptos: la delimitación del seguro de accidente y del concepto de accidente en la póliza, la definición del término inoculación, el concepto de Covid-19 como enfermedad, los conceptos súbito y violento.

El juzgado de Primera Instancia y la Audiencia Provincial parten de las mismas premisas, de los mismos conceptos, para dictar sentencia. Incluso citan exactamente la misma jurisprudencia que delimita el seguro de accidentes del de enfermedad. Sin embargo, estas dos resoluciones llegan a resultados completamente distintos, no sólo porque los fallos son opuestos (estimación vs desestimación), sino porque la comprensión de los conceptos clave es completamente diferente en uno y otro caso.

Tiene interés referirnos, ejemplificativamente, a algunas de las interpretaciones conceptuales que realiza la sentencia de instancia:

— Violento. La juez de instancia considera que la adquisición del Covid-19 fue violenta «por la intensidad del resultado producido» dado que el paciente falleció. Como crítica diremos que la violencia se predica de la acción, no del resultado. Si atendemos al razonamiento de la juez, todos los fallecimientos serían violentos por definición.

— Súbito. La condición de súbito, a criterio de la sentencia de instancia, deriva de su carácter «imprevisto». A este respecto cabe oponer que el concepto de «súbito» —como repentino o incluso inesperado no se puede equiparar al de «imprevisible», que es lo que no entra dentro de las previsiones normales. Que un médico en contacto con pacientes contagiados de Covid-19 se contagie de esta enfermedad no se puede calificar como un «imprevisto». Por el

contrario, en la pandemia el contagio era un evento previsible y esperable, salvo que se extremen las medidas de protección, y que todo el común de los mortales a lo largo y ancho del planeta intentaba evitar con mascarillas, geles de lavado de manos, vacunas, etc. De hecho, unas líneas antes de afirmar la imprevisibilidad del contagio, la juez de instancia sostenía que «... eran frecuentes los contagios en centros hospitalarios, donde los sanitarios contaban con defectuosos equipo5 de protección...».

— Inocular. La juez de Instancia equipara el concepto de inoculación a la aspiración (por respiración) de aire con virus de Covid-19, es decir, considera que los conceptos «contagio» y «transmisión» de la enfermedad a través de la respiración son sinónimos a «inoculación». Sin embargo, de acuerdo con el sentido

propio de la palabra, inocular es una acción consistente en introducir un patógeno en un cuerpo u organismo. En el mecanismo de transmisión de la enfermedad mediante «inoculación» hay un agente que lleva a cabo una acción. Por este motivo la Audiencia de Apelación equiparó los términos inoculación pinchazo como posibles modos de transmisión violenta y súbita de la enfermedad.

Gilles Deleuze consideraba que la filosofía es el arte de crear, formar, fabricar los conceptos. Los conceptos, como elementos básicos de la comunicación y para servir adecuadamente a la comprensión del mundo que representan, deben tener el mismo significado para cualquier posible usuario. Sin perjuicio de su evolución a lo largo del tiempo o su interpretación conforme a la realidad social del tiempo en que se apliquen, los conceptos deben estar dotados de estabilidad. De ahí que la Real Academia de la Lengua, en 1775, estableció como lema de esta institución: «Limpia, fija y da esplendor», resultando que las definiciones realizadas en su diccionario son una fuente esencial.

En el plano del Derecho los conceptos tienen valor jurídico en tanto que son vehículos de expresión de los hechos y de la Ley, proposiciones esenciales del argumento jurídico. Los conceptos integrados en un contrato pasan a tener la consideración de Ley entre las partes y, a este respecto, el artículo 3.1 del Código Civil dispone que las normas se interpretarán en el sentido propio de sus palabras. Al igual que para el carpintero la madera o los metales preciosos para el orfebre, la materia prima con la que el jurista construye los textos jurídicos (contratos, escritos procesales, sentencias, etc.) son los conceptos. Sin embargo, del mismo modo que el orfebre no puede desnaturalizar el oro, el jurista no puede alterar los conceptos sin cambiar su esencia y significado legal.

En nuestra consideración la sentencia de instancia transforma los conceptos, los modifica, ampliando su significado más allá de su sentido propio, lo que inevitablemente - o quizás precisamente - altera lo pactado e incluso la misma realidad como consecuencia del efecto que tiene el fallo de una sentencia sobre las partes procesales.

Sin embargo, la sentencia de segunda instancia no tiene dudas respecto de los diferentes conceptos analizados. Para los Magistrados de la Audiencia Provincial los términos «violento», «súbito», «inocular» y «accidente» son claros y unívocos, pues haciendo una lectura atenta de la sentencia se aprecia que no consta la existencia de interpretaciones alternativas que hubiesen podido generar dudas.

Cabe preguntarse por qué ocurre esto. Algún Catedrático ha llegado a señalar con ironía que uno de los criterios que, en la praxis judicial, conforman la responsabilidad es el hecho de que el demandado sea una aseguradora (cuando menos en términos probabilísticos). De otro lado la especial sensibilidad del caso constituye, aun a nivel subconsciente, un elemento que puede favorecer la aplicación de una suerte de principio «pro perjudicado». Dadas las anteriores circunstancias cabe preguntarse si la sentencia de instancia ha aplicado el razonamiento jurídico «a la inversa», es decir, primero se determina el sentido del fallo considerando las circunstancias generales del caso (médico fallecido como consecuencia del Covid-19 adquirido en su trabajo, existencia de una póliza de seguro, etc.) y, después, se construyen las premisas, los conceptos, que justificarían la condena a la aseguradora. El hecho cierto es que los conceptos plasmados en la sentencia de primera instancia no se corresponden con su «sentido propio».

IV. CONCLUSIÓN

Lamentablemente, durante la lucha contra la pandemia muchos profesionales sanitarios enfermaron y algunos fallecieron. Es conocido que el Gobierno aprobó varias normas que establecieron que el contagio por el Covid-19 se asimilaba al accidente de trabajo, con carácter excepcional y a efectos prestacionales.

Muchos de estos profesionales tenían suscritos seguros de accidentes, de tal modo que se abría la posibilidad de que los afectados solicitasen indemnizaciones con cargo a las pólizas de seguro de accidentes basándose, precisamente, en que el contagio por el Covid-19 tenía la contingencia de accidente de trabajo.

La Audiencia Provincial de Madrid delimita el concepto de accidente que viene establecido en la Ley de Contrato de Seguro y en la póliza - que se configura como autónomo e independiente, diferenciándolo del concepto de accidente que puede establecerse en otros cuerpos legales (p.ej.: a efectos de contingencias laborales). Consecuencia de lo anterior es que, a los efectos del contrato de seguro y conforme a su propia naturaleza, el Covid-19 se configura como una enfermedad que no está cubierta en la póliza de accidentes.

Este principio resultará aplicable a no sólo a los seguros de accidentes, sino, de manera relevante, por ejemplo, a la responsabilidad civil empresarial de explotación o responsabilidad civil patronal.



MUÑOZ ARRIBAS
A B O G A D O S

www.munoz-arribas.com

in