

LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN LA MEDICINA LEGAL*

(The Assessment of Bodily Damage in Legal Medicine)

José Ignacio Muñoz Barús

Profesor Titular de Medicina Legal

Carlos Represas Vázquez

Especialista en Valoración del daño corporal

Universidade de Santiago de Compostela

Resumen: En España, la valoración del daño corporal en Derecho Civil y sus implicaciones jurídicas forman una de las áreas más importantes del quehacer en la Medicina Legal. Para la valoración del daño corporal derivado de un accidente de tráfico es obligatorio utilizar el baremo contenido en el RDL 8/2004. En otros ámbitos no existe esa obligatoriedad, si bien es habitual el uso del baremo anterior como procedimiento orientador. Las repercusiones socioeconómicas son de tal magnitud que la valoración del daño corporal debería ser llevada a cabo por especialistas en este campo, situación que no ocurre la mayor parte de las ocasiones.

Recibido: mayo de 2006. Aceptado: agosto de 2006.

- * El presente trabajo recoge, en parte, material de la memoria defendida como tesis doctoral por Represas “Traumatismos cervicales leves. Propuesta de un método de valoración médico legal” (Santiago de Compostela, 2003) y de la ponencia “Criterio médico ante la valoración de las lesiones a la luz de la reforma de la Tabla VI”, presentada por Muñoz en las jornadas: “La reforma del Baremo”- Enfoque XXI (Oviedo-León, 2004).

Palabras clave: Medicina Legal, Valoración del daño corporal, Baremos.

Abstract: In Spain the assessment of bodily damage in Civil Law and the juridical implications form one of the main working areas of the forensic medicine specialist. The law RDL 8/2004 requires the compulsory use of a bodily damage protocol to assess impairment following a traffic accident, whereas in other areas no such mandatory legislation exists and to cover this contingency it is standard practice to refer to the same scale of impairment (with some exception). The socio-economic repercussions are of such magnitude that assessment of bodily damage should be carried out exclusively by qualified experts in this field, but in most cases this is not so.

Keywords: Legal Medicine, Assessment of bodily damage, Scales of impairment

1. Introducción

El inicio de la Medicina y el Derecho puede ser rastreado hasta casi el origen del hombre. Muy pronto los humanos se percataron de la necesidad de recurrir a diversos procedimientos para curar o aliviar las enfermedades y heridas. Por otro lado, el recurso a normas que regulaban la convivencia en las sociedades primitivas debió ser también una de sus primeras preocupaciones. Es obvio que ni a aquellos procedimientos ni a esas normas podemos considerarlos como actividades médicas ni regulaciones jurídicas. Pero también es claro que a partir de aquellos esbozos hemos llegado a la situación actual de la Medicina y el Derecho. Evolución histórica que, en modo alguno, podemos ni tan siquiera resumir.

La Medicina se ha relacionado, hasta épocas relativamente recientes, única y exclusivamente con su dimensión asistencial o curativa, que aún hoy en día es la predominante. Pero si analizamos las posibles interrelaciones de la Medicina con otros campos del saber (Sociología, Economía, Filosofía Moral, Derecho, etc.) podemos comprobar fácilmente que limitar aquella exclusivamente al enfoque asistencial es manifiestamente restrictivo.

El hombre, como ser social que es, mantiene relaciones con sus semejantes de las que derivan cuestiones y conflictos cuyo correcto análisis exige, muchas veces, conocimientos médicos, como por ejemplo los problemas relativos a la llamada Economía de la Salud. Pero es, sin duda, en el campo del Derecho donde la exigencia del concurso de conocimientos médicos se ha hecho más evidente y necesaria. Así, al lado de la Medicina clínica o asistencial surgió otro campo del conocimiento, la Medicina Legal, a la que también se denomina Medicina Forense.

Su origen como disciplina autónoma es tardío, pues la exigencia jurídica de su participación en la resolución de cuestiones legales data del año 1532, cuando fue promulgada la Constitutio Carolina Criminalis por el emperador Carlos I de España y V de Alemania. En ella se fijan los elementos esenciales para la comprobación de cada delito, estableciendo taxativamente la intervención de los médicos.

A partir de entonces se suceden acontecimientos que refuerzan progresivamente la implantación de la Medicina Legal en toda Europa, siendo a finales del siglo XVIII cuando se consolida definitivamente como especialidad médica.

Con todo, no es hasta bien avanzado el siglo XIX cuando los progresos técnico-científicos hacen de la Medicina otra cosa distinta a un cúmulo de ideas, quehaceres mágicos-religiosos y empíricos que, en cierto modo, justifican el desinterés del Derecho por el auxilio de los saberes médicos y que se limitaba a apariciones concretas y desde luego generalmente ineficaces.

Así, el desarrollo de la Medicina Legal ha estado condicionado, fundamentalmente, por el desarrollo técnico-científico y, tal vez en no menor medida, por una mayor exigencia en cantidad y calidad de la pericia médica que, desgraciadamente, no es ni muchísimo menos un valor reconocido universalmente ni siquiera en algunos países desarrollados.

Aún hoy en día no podemos considerar a la Medicina Legal como un campo del conocimiento perfectamente definido y

unánimemente aceptado conceptualmente. Muchas especialidades que en un tiempo formaron parte de la Medicina Legal son hoy disciplinas totalmente autónomas (Psiquiatría Clínica, Medicina Preventiva), por lo que la Medicina Legal está sometida a un proceso de depuración, no concluido, que justifica plenamente el aserto de Gisbert: “La Medicina Legal es una especialidad centrífuga”.

Hoy consideramos la Medicina Legal como un sector de las llamadas Ciencias Forenses, que representa el conjunto de conocimientos científico-naturales que en un determinado momento pueden ser puestos a disposición de la Administración de Justicia para su asesoramiento. La Medicina Legal sería, desde esa perspectiva, el conjunto de conocimientos forenses de raíz médica.

Es necesario precisar que la diversidad y complejidad de los conocimientos médicos que aborda hace ilusorio, en el umbral del siglo XXI, que sigamos hablando de una especialidad médica delimitada y no de un conjunto de especialidades médico legales.

La Medicina Legal actual está integrada por cuatro áreas científicas diferentes:

- Patología Forense
- Clínica Forense
- Toxicología Forense
- Genética Forense

Esta especialización es una exigencia científica y, más o menos, explícitamente demandada desde la sociedad y, en particular, desde el campo del Derecho. La Clínica Forense es muy variada y compleja. En su seno, se ha venido delimitando una superespecialidad designada como Valoración del Daño Corporal (VDC). Actividades médico legales de esta naturaleza se pueden rastrear desde muy antiguo, como se expondrá. Existen multitud de definiciones de la VDC que no difieren demasiado entre sí, entre ellas exponemos la propuesta por Hernández:

“... Conjunto de actuaciones médicas dirigidas a conocer exactamente las consecuencias que un suceso traumático determinado, generalmente accidental, ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona, dirigido a obtener una evaluación final que permita al juzgador establecer las consecuencias exactas del mismo: penales, laborales, económicas, familiares, morales, etc. ...”

Es significativa la importancia de esta superespecialidad médico legal. La demanda pericial de este recurso es muy intensa y actualmente existen en España diferentes cursos universitarios, generalmente promovidos por los Departamentos Universitarios e Institutos de Medicina Legal, que han formado médicos expertos en VDC, habituales hoy en día en los procedimientos judiciales, sobre todo aquellos relacionados con los accidentes de circulación.

2. La valoración del daño corporal

2.1. Antecedentes

La necesidad de dar valor y reparar las consecuencias de un daño corporal es una inquietud presente a lo largo de la historia de la humanidad y apreciable en los más antiguos documentos escritos de los que se tenga conocimiento. Las tablas Nippur, con una antigüedad superior a cuarenta siglos, constituyen el primer baremo conocido de incapacidades. No obstante, observamos que tradicionalmente ha sido muy compleja la labor de valoración o cuantificación de los daños a la persona. Ello es debido, en gran medida, a la naturaleza de los atributos que pretendemos medir – vida, integridad física y moral, etc. -, que carecen de valor pecuniario.

Otro aspecto ligado a la historia de la humanidad y que ha acrecentado esta complejidad ha sido la evolución de los sistemas jurídicos de reparación. La concepción original de la reparación del daño por la venganza ha ido evolucionando hacia la reparación por la indemnización. Los sistemas médicos de valoración deberán ajustarse a cada momento histórico jurídico-social.

Aunque, como hemos visto, la VDC es una necesidad permanente en la historia de cualquier civilización, no alcanza su madurez e importancia hasta entrado el siglo XX. La VDC crece con la industrialización y sobre todo con la generalización del automóvil. El espectacular crecimiento de las reclamaciones por daños personales ocasionados por las nuevas tecnologías y la especialización del derecho en materia de responsabilidad civil influyen y dan cuerpo a esta disciplina médica. Es el resultado final de una de las grandes plagas de nuestra época, el accidente de automóvil.

La industrialización y las llamadas “sociedades del bienestar” han dado lugar a instrumentos, máquinas, energías, etc., que generan un alto confort, pero que a su vez ocasionan daños. La sociedad del bienestar no renuncia a sus comodidades, pero tampoco a los daños ocasionados por estas tecnologías. El impulso definitivo que da cuerpo a esta disciplina ha sido la obligatoriedad de los sistemas de cobertura sociales, en especial el seguro de responsabilidad civil. El seguro, y en particular el seguro con cobertura de daños corporales, es hoy en día una necesidad económica y social del mundo occidental. Las compañías de seguros, ante el creciente auge de las reclamaciones de daños corporales por responsabilidad civil, impulsan la implantación de sistemas legales para cuantificar el daño causado e indemnizarlo. Este sistema les permite ajustar sus previsiones. Esta influencia es notable y se plasma en España con la introducción de un sistema legal vinculante para la indemnización de los daños personales causados en accidentes de circulación, vigente en la actualidad.

Motivados por estas influencias, externas y ajenas a la práctica clínica, son muchos los médicos y juristas que se han dedicado en la última mitad del siglo pasado a establecer criterios uniformes para la valoración de los daños corporales. Francia es el país que ha marcado las líneas maestras en esta especialidad. De sus autores se han tomado los parámetros que actualmente configuran la pericia médico legal en VDC. Sería interminable la lista de autores que han marcado el rumbo en estos años, entre ellos destacan Rousseau o Simonin.

Los hechos expuestos con anterioridad ponen de manifiesto una realidad digna de mención. La VDC, disciplina médico legal, no evoluciona impulsada por los conocimientos clínicos y la investigación médica, sino que evoluciona motivada por las necesidades sociales y jurídicas del entorno que le rodea. La VDC no da respuesta a una duda estrictamente médica, responde a un planteamiento jurídico. De ahí la importancia de la formación médica en esta disciplina y, sobre todo, la necesidad de que el médico conozca la normas legales en las que se fundamenta.

2.2. El derecho de daños

Los sistemas de medida y reparación del daño corporal a lo largo de la historia serán únicamente comprendidos si se analiza la evolución histórica del derecho civil y concretamente de la responsabilidad civil extracontractual, derecho de daños en el mundo anglosajón.

La venganza para la restauración del orden jurídico perturbado se presenta como la guía histórica en la reparación del daño corporal, destacando en la ley de Talión y en los textos bíblicos.

“Si en una riña de hombres, golpea uno a una mujer encinta, haciéndola parir y el niño naciere sin más daño, será multado en la cantidad que el marido de la mujer pida y decidan los jueces, pero si resultare algún daño, entonces dará vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, quemadura por quemadura, herida por herida, cardenal por cardenal.” (Éxodo XXI, versículos 22 a 25)

No es hasta nuestra era, y bajo la influencia del derecho germánico, cuando la indemnización se constituye como la forma más extendida de reparar el orden jurídico alterado. Así, el “homo economicus” tomó la delantera renunciando los pueblos al derecho a la venganza que materialmente de nada sirve a la víctima, beneficiándose del pago de una indemnización. Este paso desde la venganza a la indemnización como método de reparación viene ligado a profundos cambios en la filosofía jurídica. La evolución del sistema de responsabilidad civil se produce de forma

lenta alcanzando su máximo desarrollo en el último siglo como consecuencia del desarrollo industrial y de la necesidad de evitar la existencia de daños no resarcidos porque su autor no resulte fácilmente identificable.

Valls establece las posibles causas de esta conversión, desde la concepción del castigo hasta la concepción de la reparación, en nuestro ordenamiento jurídico del derecho de daños:

- La industrialización que genera daños.
- La generalización del uso del automóvil.
- La conciencia social de que la utilización de los instrumentos del bienestar trae consigo un riesgo.
- El ejemplo exterior, sobre todo las directivas comunitarias.

Actualmente el principio que preside la regulación de la responsabilidad civil extracontractual es que la víctima de un daño debe quedar reparado de las consecuencias que éste produce. Por tanto, de la producción del perjuicio nace una obligación jurídica de indemnizar, tal como se establece en las diferentes normas legales.

En este contexto, en donde lo que realmente importa es el daño causado y su reparación, no la venganza por su producción, es evidente que surja la necesidad de un método para valorar ese daño producido al hombre. En consecuencia, el momento histórico es propicio para la diferenciación de esta disciplina dentro de la Medicina Legal. El médico ha de explicar cuáles han sido estos daños y sus repercusiones. Casi se puede afirmar que la valoración médica del daño corporal hubiese nacido por generación espontánea en este caldo de cultivo.

Asumida esta necesidad de cuantificar el daño corporal en el contexto propio de la responsabilidad civil, surgen los primeros problemas en su desarrollo: ¿Qué es lo que hay que medir y cómo medirlo?

3. Los baremos

La misión médico pericial en la Valoración del Daño Corporal obedece, a lo largo de la historia, al criterio de la total libertad metodológica, o lo que es lo mismo, a tanta multitud de criterios como de peritos. La mayoría simplemente describen lo que ven, incluso con una inusitada habilidad novelesca, propia de lo que Simonin viene a llamar el romanticismo médico legal.

Se distinguen distintos enfoques en la técnica médico pericial. Por una parte están los informes meramente descriptivos que señalan una por una las consecuencias del daño corporal sufrido y por otra parte están los informes que, aún describiendo las mismas secuelas, utilizan algún sistema cuasi matemático (baremos, tablas de cálculo, métodos empíricos cuantitativos) para cuantificar, de alguna manera, las consecuencias del daño sobre la integridad anatómica, funcional y psíquica del lesionado.

Las iniciativas de la UE manifiestan la necesidad de valorar las consecuencias no económicas del daño corporal: el dolor, el perjuicio físico, el daño estético, etc. En los países de influencia anglosajona priman los daños patrimoniales (lucro cesante) y aquellos susceptibles de cuantificarse matemáticamente. Por otra parte, en los países mediterráneos tienen una especial significación los daños no patrimoniales (daños morales, perjuicio estético, etc.).

Con la notable influencia de estas iniciativas de la UE, y desde comienzos de la década de los 80, se han venido desarrollando las principales líneas maestras en la metodología pericial en el ámbito del derecho civil. Se hacen unas distinciones iniciales entre daños patrimoniales y no patrimoniales. En cada uno de éstos se van incluyendo progresivamente nuevos conceptos evaluables, hasta alcanzar listas de conceptos realmente excesivas.

No se discute la metodología en la valoración del tiempo de curación e incapacidad, pues es fácilmente cuantificable, ni siquiera en la valoración de las consecuencias socio-profesionales de las secuelas – como la incapacidad laboral -. La piedra

angular en la VDC se encuentra en la metodología para valorar la pérdida de la integridad psicofísica del individuo, en la búsqueda de un sistema – baremo - que sea capaz de cuantificar, comparativamente, el daño sufrido en el valor más elemental del ser humano, su vida.

En los últimos años la discusión sobre el método pericial en la VDC se polarizaba en torno a la utilización de baremos. Médicos y juristas abanderan posturas a favor y en contra de los mismos, esgrimiendo argumentos de peso en cada opción.

Es evidente que no habrá, de momento, ningún sistema que sea capaz de reponer “ad integrum” el daño causado, por lo que la mejor alternativa médico legal es buscar un método lo más cercano posible a la práctica clínica que permita una pseudo-cuantificación del daño corporal. No obstante, para alejarse lo más posible de la utilización partidista del mismo, este sistema debe ser rígido en sus planteamientos y permitir la discusión científica para establecer las conclusiones del informe. Es evidente que no será un método perfecto, pero al menos será el más imparcial posible.

Como profesionales de la Medicina al servicio del Derecho la misión del médico debe limitarse a la aportación de sus conocimientos científicos. Dentro de esta labor se sitúa la de identificar el daño biológico sufrido por la víctima en relación con un sistema médico de medición del daño que utilice los sistemas clínicos de medición de resultados.

En nuestro país esta discusión ha venido a menos tras la entrada en vigor de un sistema legal vinculante que tasa el daño corporal en varias tablas. Tras diez años de experiencia de este sistema ya no se discute en sus fundamentos. La discusión se trasladó a otros aspectos como la necesidad de un criterio único en la aplicación del baremo, sólo en parte resuelto con las reglas generales contenidas en el RDL 8/2004.

3.1. Aspectos del daño corporal cuantificables mediante un baremo

Las consecuencias que pueden suceder después de un traumatismo son varias y de diferente naturaleza. No resulta excesivamente complejo precisar el tiempo invertido en la recuperación de las lesiones, los gastos médicos abonados, la pérdida de ganancias como consecuencia de la disminución de la capacidad laboral, los gastos médicos futuros, etc. No obstante, la inquietud constante en los investigadores del daño corporal ha sido la búsqueda de un método capaz de cuantificar la pérdida del patrimonio biológico, o capacidad anátomo-funcional, del individuo. En el último tercio del siglo XX los autores franceses e italianos, fundamentalmente, han venido trabajando sobre este aspecto, individualizando la consecuencia del daño corporal que se pretende medir por un baremo. Este concepto, conocido en la literatura francesa como *La incapacidad permanente*, representa la pérdida porcentual de la capacidad o integridad psicofísica del individuo.

“Reducción definitiva del potencial físico, psico-sensorial o intelectual, médicamente constatable, resultante de un atentado a la integridad anátomo-fisiológica.” (Comité Científico, Concourse Medical 2001)

La importancia de este concepto radica en que pretende ser la esencia mensurable del hombre, despojándole de cualquier contenido material tal como la capacidad productiva. Representa el valor cuantificable de la salud, del bienestar psicofísico, en la medida en la que esto puede ser cuantificable. Más que cuantificable, sería más apropiado decir comparable.

Este concepto es también utilizado por los expertos portugueses en Medicina Legal, por influencia de la escuela francesa. Su introducción en nuestro lenguaje médico legal tiene, por tanto, una doble vía de entrada. La influencia de la escuela francesa de daño corporal y la notable influencia de la escuela portuguesa (Universidad de Coimbra), y de la figura del profesor Sá en la formación de expertos médicos españoles. La importación de este concepto a nuestro entorno trae consigo el equívoco, pues se

solapa con la terminología propia del Derecho Laboral. Vicente se hace eco de la importancia de su estimación, aunque nos avisa sobre este probable equívoco:

“... A estas consecuencias pecuniarias, hay que añadir, la apreciación y valoración independiente del daño corporal, traducida en un porcentaje de incapacidad que, sin embargo, no puede valorarse tomando como referencia la capacidad de ganancias de la víctima y que, como hasta ahora no se ha enfocado como un aspecto independiente de la pura pérdida de ganancias, plantea numerosos problemas de seguridad y de certeza jurídica, ...”

Se ha extendido en el ámbito médico legal la denominación de *daño fisiológico* para evitar este problema semántico. Se caracterizará por:

- 1) Es un daño no patrimonial, no económico.
- 2) Igual para todas las personas.
- 3) Está siempre presente.
- 4) De él se derivan los demás daños de la persona.
- 5) Es independiente de los demás daños personales a los que él da lugar.
- 6) Está en relación directa con el hecho lesivo.
- 7) Su evaluación es solo de competencia médica.

Algunos autores han optado, con acierto, por el sinónimo italiano de este mismo concepto, y que es denominado como “*daño biológico permanente*”. El daño biológico permanente representa las consecuencias del hecho causante del daño sobre la integridad del individuo, que incluye la integridad psicofísica.

Una vez extraída y depurada la esencia mensurable del hombre derivada de un daño corporal, “*el daño biológico permanente*”, se plantea la forma de medirlo y surgen múltiples sistemas de tablas más o menos rígidas. Existe unanimidad en fijar una escala desde el 0 hasta el 100, en la que este último representa el mayor daño biológico posible que pueda resultar. El estado deficitario será valorado al relacionarlo con la capacidad integral (100 %). No obstante debemos evitar caer en el error típico de la sacralización del número. El guarismo resultante (puntos de

secuelas en el ámbito del accidente de tráfico) debe funcionar como indicador de una determinada cualidad del daño. Esto significa que una variación más o menos razonable (5%) no debería tener relevancia indemnizatoria, acorde con lo propuesto por las tablas AMA. Es razonable esperar una variación de hasta un 5% en la valoración de una minusvalía cuando ésta es realizada por distintos peritos.

La utilización de baremos, o normas, es habitual para cuantificar o calificar el daño a lo largo de la historia de la humanidad, siendo una práctica frecuente para cuantificar aspectos de importancia jurídico-social. Se emplean diariamente desde hace años. Se enumeran algunos de los más utilizados en Medicina Legal:

1. Real Decreto 1575/1989 sobre el seguro obligatorio de viajeros
2. Real Decreto 1971/1999 para la determinación del grado de minusvalía.
3. Código penal. Resultado lesivo.
4. Orden TAS 1040/2005 de 18 de abril sobre lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes.
5. Real Decreto Legislativo 8/2004 sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor

La utilización de los diferentes baremos será vinculante para alguna circunstancia y orientativo en otras.

Para la calificación del grado de minusvalía tiene que ser utilizado el baremo contenido en el Real Decreto 1971/1999 (transcripción casi literal de las Tablas AMA –Asociación Médica Americana- del año 1994).

Las pólizas de seguros de accidente, salud o incapacidad, suelen contener un baremo o guía para la valoración del daño poco detallada, sobre la que debe aplicarse otro baremo para la concreta cuantificación de un daño, habitualmente las Tablas AMA.

Para la valoración de las secuelas derivadas de un accidente, exceptuando delito doloso, por vehículo a motor, tiene que utilizarse el baremo contenido en el RDL 8/2004. Baremo que de un modo orientador es ampliamente utilizado en los tribunales para cuantificar las indemnizaciones en otros ámbitos en donde no existe baremo vinculante, fundamentalmente en el ámbito del delito y falta de lesiones, en la responsabilidad profesional médica en el ámbito civil o penal y en la, cada vez más frecuente, responsabilidad patrimonial de la administración, principalmente en las reclamaciones contra los diferentes servicios de salud. Estas circunstancias lo hacen ser, con mucho, el baremo de mayor trascendencia en los tribunales, por ello se abordará con más detalle.

El recurrir a un sistema de baremos para la cuantificación médico legal de un determinado aspecto de la valoración se presenta como un recurso útil, en la medida en la que sus resultados puedan ser contrastados en el dominio de la ciencia médica. La forma de alcanzar el quantum numérico para el caso concreto atiende a distintas alternativas, que podemos encuadrar en modelos descriptivos, cuantitativos o cualitativos, pero la mayoría son mixtos.

3.2. Ventajas e inconvenientes de la utilización de baremos

Se han descrito argumentos a favor y en contra de su utilización. Se exponen los que atienden a criterios exclusivamente médico legales, obviando todos aquellos argumentos de la discusión jurídica y administrativa, ajenos a la ciencia médica.

El momento actual vive una transición desde la negación absoluta de su uso hacia la inevitable generalización de los mismos. Acertadamente reconoce Hernández que sea cual fuere la cantidad de daño medida la cifra será transformada en dinero al ser éste el único medio de compensación, superados los conceptos vengativos de la Ley de Talió. Por tanto, el médico perito debe suministrar al juez una cantidad de daño ajustada, lo máximo posible, a los argumentos en el dominio de su ciencia.

La utilización de un baremo para medir el daño biológico permanente, por ejemplo, es un instrumento pericial al servicio del perito médico. Cualquier parámetro médico que se quiera relativizar o comparar, necesariamente ha de ser medible.

a) Ventajas de un baremo médico legal

1. El resultado es ventajoso para establecer una jerarquización de todas las posibles consecuencias de un traumatismo.
2. Las puntuaciones obtenidas de acuerdo con rigurosos criterios médicos son, por tanto, objetivas.
3. Al ser el lenguaje médico universal puede tener el baremo un carácter universal.
4. Los resultados pueden ser comparados por distintos observadores.
5. Puede utilizarse como instrumento de control de calidad.
6. Los resultados numéricos permiten realizar estudios estadísticos en la valoración del daño corporal.

Podríamos compendiar estas ventajas en las siguientes: científico, objetivo, universal y comparable.

b) Inconvenientes de un baremo médico legal

1. El principal inconveniente observado en los baremos utilizados en la actualidad, puesto de manifiesto sobre todo con la ya derogada Ley 30/1995 y parcialmente resuelto con vigente RDL 8/2004, es su distanciamiento de los sistemas clínicos de medida de resultados, lo que impide la difusión de su uso y la necesaria y constante renovación de acuerdo con los avances de la ciencia. En los últimos 30 años ha eclosionado la necesidad de medir los resultados en Medicina, hasta tal punto que en la actualidad estos sistemas de medida son fundamentales en la toma de decisiones terapéuticas. Resulta llamativo, por ejemplo, que no exista un baremo empleado en la valoración del daño corporal que

valore las secuelas psiquiátricas de acuerdo con los parámetros diseñados en los sistemas clínicos habituales (DSM IV, CIE10)

2. Imposibilidad de recoger todas las posibles consecuencias de un traumatismo.

3. Mezcla de secuelas funcionales, anatómicas y estéticas.

4. Inexistencia del criterio de la capacidad restante en la valoración final en la mayoría de los baremos.

Estos inconvenientes podrían ser fácilmente salvados con la destreza del perito médico. Lo que es lo mismo, todos los baremos son buenos siempre que el perito sea bueno.

Un baremo médico que se ajuste a los criterios clínicos y científicos del momento es un instrumento con innumerables ventajas, siempre que se relativice su uso, y no como fin último del peritaje médico, sino como una parte más del mismo. De forma contundente y concreta, Oliveira Sá da razón a la existencia de baremos médico legales cuando afirma: “...*Sobre todo interesa salvaguardar eventuales delirios periciales, desvíos, desajustes fuera de lo razonable y susceptibles de crear asimetrías inadmisibles en las conclusiones periciales posibles para una misma situación de daño*”.

Las corrientes médico legales disidentes del sistema de baremos se basan en la imposibilidad de medir el daño. Abogan en su conjunto por un sistema descriptivo que establezca las consecuencias del daño corporal sobre todas y cada una de las actividades de la vida diaria. En este sentido Magallães, mediante la *handicopología*, resume estas tendencias estableciendo las consecuencias de un hecho lesivo a tres niveles: secuelas lesionales, secuelas funcionales y secuelas situacionales, además de los daños morales.

Es evidente que este sistema, desarrollado en toda su extensión, nos dibuja perfectamente las consecuencias de un determinado hecho traumático. Ahora bien, es relativamente

sencillo cuantificar las secuelas situacionales en términos económicos, lucro cesante, gastos de adecuación de vivienda, etc. Sin embargo, tiene que existir un paso intermedio, un puente, entre la descripción detallada de las secuelas anátomo-funcionales y la indemnización a percibir.

No se trata de establecer una correspondencia científica entre una pérdida anatómica o una secuela psíquica y una cantidad determinada de dinero, pues es imposible y difícilmente justificable. Se trata de buscar un sistema aceptable universalmente que garantice la igualdad en el valor de esa pérdida a cualquier individuo de la comunidad, y esto es un “baremo”.

4. De la Ley 30/1995 al Real Decreto Legislativo 8/2004

4.1. Aspectos históricos

Como hemos visto, la valoración del daño corporal en España responde al desarrollo histórico general de la Medicina Legal. No obstante, la VDC como disciplina emergente se esboza en la década de los años 80, influenciada por los países de la Unión Europea, sobre todo por la escuela francesa de valoración del daño corporal. Sin embargo, y tras este nacimiento tardío en comparación con los países del entorno, ha sido el primer país de la Unión que ha fijado, como vinculante, un sistema específico para la valoración de los daños resultantes de un accidente de circulación, en los que no exista dolo. Se trataba de la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados. En sus aspectos médico legales, el RDL 8/2004, modifica sustancialmente la Tabla VI de la Ley 30/1995, Tabla conocida equívocamente y de forma exclusiva como *baremo*, cuando el baremo se ve conformado por todas las Tablas incluidas en el RDL.

El RDL 8/2004, texto refundido sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, se sitúa en el marco de la responsabilidad civil extracontractual, y más concretamente en el ámbito del accidente del automóvil, al igual que la Ley 30/1995.

En este ámbito de la responsabilidad civil, nuestra historia reciente en la valoración del daño corporal se divide en cuatro etapas:

1ª.- Desde la entrada en vigor del Código Civil hasta marzo de 1991.

2ª.- Desde marzo de 1991 hasta noviembre de 1995.

3ª.- Desde noviembre de 1995 hasta noviembre de 2003.

4ª.- A partir de noviembre de 2003.

La primera etapa está marcada por la ausencia de regulación legal y por la plena discrecionalidad judicial.

En los últimos años de esta etapa inicial comienza a plantearse la necesidad de un sistema capaz de unificar los criterios indemnizatorios como consecuencia de normativas comunitarias al respecto (Resolución 75/7 del Comité de Ministros de la CEE).

El método pericial consiste en la redacción de informes descriptivos sin ajustarse a ninguna doctrina médico legal. En esta época, entrada la década de los 80, comienzan los primeros esbozos de una metodología pericial basada en el modelo francés de VDC.

La segunda etapa se inicia con la Orden Ministerial (Ministerio de Economía y Hacienda) que da publicidad a un sistema de valoración de los daños corporales: "Sistema para la evaluación de daños personales reclamables ante el Seguro de Responsabilidad Civil en casos de lesiones provocadas por vehículos a motor" Orden del Ministerio de Economía y Hacienda de 5 de marzo de 1991. Este sistema no es vinculante, pero su implantación es progresivamente creciente a todos los niveles. Es adoptada de forma unánime por los médicos habituados a la práctica médico pericial en el campo de la valoración del daño corporal, relacionado con los accidentes de tráfico.

La tercera etapa se inicia con la entrada en vigor de la Ley 30/1995. Está dominada por el carácter vinculante de un sistema

de tasación del daño corporal en el que se incluye (tabla VI) una lista de secuelas, distribuidas en nueve capítulos, a las que se les atribuye un valor en puntos.

La cuarta se inicia con la Ley 34/2003, con la sustancial modificación de la Tabla VI de la Ley 30/1995. El origen de la tabla, conocida habitualmente como baremo, es el resultado de la compilación de otros baremos en cuya elaboración participaron un conjunto de profesionales del Derecho y de la Medicina.

Mediada la década de los 80 se da cuerpo al embrión de esta tabla tomando como referencia el cuadro de lesiones y enfermedades, anexo al Reglamento del Benemérito Cuerpo de Mutilados de Guerra de 1977. A finales de la misma década fue revisado, y ampliado, utilizando para ello otros tres baremos:

- Tablas de evaluación del menoscabo permanente de la Asociación Médica Americana (Tablas AMA). Estados Unidos.
- Baremo funcional de incapacidades permanentes de Melennec. Francia.
- Baremo funcional indicativo de incapacidades en derecho común (Concours Medical) Francia.

Como resultado de la compilación de los baremos citados surge el baremo contenido en la Orden Ministerial (Ministerio de Economía y Hacienda) de marzo de 1991. Con escasas variaciones, este baremo se convirtió en la tabla VI del anexo de la D.A. 8ª de la Ley 30/1995, modificada en la Ley 34/2003 y recogida literalmente en el RDL 8/2004.

4.2. Aspectos médico legales

La disposición adicional 8ª de la Ley 30/1995 incluía un sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. En su exposición se desarrollan una serie de reglas explicativas y posteriormente se exponen los posibles daños resultantes distribuidos en seis tablas, siendo las tablas II, IV, V (que permanecen similares en

el RDL 8/2004) y VI (modificada en el RDL 8/2004) las que tienen importancia médico legal, pues sobre ellas se requiere la intervención de un médico.

Introduce, como dato destacable en el ámbito de la Medicina Legal, la obligatoriedad de un informe médico en la concreción de los daños corporales.

4.2.1. Tabla I. Indemnizaciones básicas por muerte

En esta tabla se establecen distintos tipos de perjudicados / beneficiarios de la indemnización (5 grupos) y las cantidades económicas a percibir. Carece de valor médico legal, pues no precisa intervención médica su utilización.

4.2.2. Tabla II. Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por muerte.

Aporta los factores correctores de incremento sobre el valor calculado de la tabla I para casos de fallecimiento. Distingue cinco apartados, siendo el apartado “b” el que puede ser objeto de discusión médico legal:

- a) Ingresos económicos.
- b) Circunstancias familiares especiales:
Discapacidad física o psíquica acusada (anterior al accidente) del perjudicado / beneficiario.
Víctima hijo único
- c) Fallecimiento de ambos padres en el accidente.
- d) Víctima embarazada con pérdida de feto a consecuencia del accidente.
- e) Elementos correctores del apartado primero, 7, de este anexo.

Es objeto habitual de discusión la aplicación del criterio corrector que textualmente cita la tabla II como: “*discapacidad física o psíquica acusada (anterior al accidente) del perjudicado / beneficiario*”. Desde un punto de vista médico parece muy

poco afortunada la calificación otorgada a la discapacidad física o psíquica, pues el término acusada resulta muy ambiguo. Dos son las cuestiones que se plantean en el contexto pericial:

- Determinación del momento en el que se puede acreditar la existencia de esta discapacidad. No resulta complicado cuando existe documentación escrita, habitualmente mediante informes del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de los Servicios Sociales de las distintas consejerías de Sanidad y Servicios Sociales, que fijan el momento en el que el perjudicado / beneficiario viene manifestando el trastorno físico o psíquico. No obstante, no es la primera vez que se solicita la intervención del médico en aquellos casos en los que no había una constancia documental sobre la discapacidad física o psíquica, y el médico deberá delimitar si esta se trata de una evolución crónica anterior a la fecha del accidente.
- Se solicita intervención del médico para calificar el grado de discapacidad física o psíquica. Atribuir un calificativo como el que cita la redacción de la propia Ley puede resultar poco científico, y estar influido por la predisposición del médico informante a la hora de evaluar las dolencias. Desde un punto de vista médico legal es asimilable la propuesta de Entralgo, por cuanto la discapacidad física o psíquica acusada alcanza tal notoriedad que el perjudicado / beneficiario dependía del fallecido para la subsistencia. Quiere esto decir que este fallecido representaba la tercera persona de la cual dependía para sobrevivir.

Atendiendo a otros sistemas de valoración vigentes y vinculantes en nuestro medio es lógico admitir, desde el punto de vista médico legal, que la existencia de una discapacidad física o psíquica acusada se produciría en las siguientes circunstancias:

- Acreditación de un estado de Gran Invalidez de acuerdo con la Ley General de Bases de la Seguridad Social.

- Acreditación de una discapacidad física (minusvalía) según el Real Decreto 1971/1999, igual o superior al 75%. Clase V o grado 5, discapacidad muy grave.

4.2.3. Tabla III. Indemnizaciones básicas para lesiones permanentes (incluidos daños morales).

Es una tabla de cálculo en donde se concreta el valor del punto de secuela en relación con la edad y el número de puntos.

4.2.4. Tabla IV. Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes.

La tabla IV establece los criterios para incrementar la indemnización correspondiente a lesiones permanentes. Establece 7 supuestos de los que son objeto de informe médico:

- Daños morales complementarios.
- Lesiones permanentes que constituyen una incapacidad para la ocupación o actividad habitual de la víctima (Permanente Parcial, Total, Absoluta); Grandes Inválidos, con necesidad de ayuda de otra persona, adecuación de vivienda; embarazada con pérdida de feto y adecuación del vehículo.

La valoración del factor de corrección por daños morales complementarios, bien por la concurrencia de secuelas superiores a 90 puntos, o por la existencia de una única secuela que exceda de 75 puntos, es objeto de informe médico toda vez que el perito médico deberá proponer una puntuación para el daño permanente sufrido.

El médico deberá informar detalladamente sobre el factor de corrección que cuantifica la incapacidad para la ocupación o actividad habitual. La utilización de los calificativos de permanente parcial, permanente total o permanente absoluta es cuestión de apreciación jurídica. No obstante el informe médico será determinante para la aplicación de este factor de corrección.

Se plantean serias dudas sobre este factor de corrección en su mínima graduación. Cualquier secuela, por mínima que esta sea, lleva implícita una limitación para cualquier tipo de actividad. Una simple cervicalgia, valorada en 1 punto, podría ser constitutiva de algún grado de incapacidad. El médico deberá detallar cada una de las actividades que se consideran habituales de la víctima y expresar el grado de dificultad que tiene para la realización de las mismas y la pérdida de eficacia en su desarrollo. Hablamos de actividades habituales y no de actividad laboral, porque la actividad u ocupación habitual de la víctima no debe limitarse exclusivamente a la actividad profesional, sino a las actividades de la vida diaria. La tarea del médico perito será establecer cuáles son las actividades u ocupaciones habituales de la víctima.

Si asimilamos como actividades u ocupaciones habituales de la víctima las de índole laboral podemos guiarnos de tablas y clasificaciones internacionales, que describen los gestos necesarios para su desarrollo, como por ejemplo la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 88) de la Organización Internacional de Trabajo. En caso de no existir una actividad laboral reconocida (jubilados, parados, niños) el médico describirá qué actos se pueden realizar con facilidad, los que requieren esfuerzo suplementarios, los notablemente limitados, y cuáles están totalmente imposibilitados.

La utilización de la terminología empleada en el derecho laboral (Incapacidad permanente parcial, total, ...) para cuantificar este factor de corrección, al igual que en otros casos descritos, resulta poco afortunada en la práctica. Para evitar la ambigüedad, probablemente intencionada, se podría haber optado por modificar este factor de corrección de acuerdo con las cinco categorías establecidas en los baremos para la calificación de las minusvalías. Estas categorías atienden a las dificultades que presenta un lesionado en su vida diaria, lo cual resulta, a su vez, lo que realmente estamos valorando en esta Ley.

Del dictamen médico se deducirá la existencia de la necesidad de una tercera persona para las actividades fundamentales de la vida diaria del lesionado. El informe médico no debe limitarse

a establecer la necesidad o no de esta tercera persona, deberá ir más allá y estudiar detalladamente qué tareas son las que deben ser auxiliadas por una tercera persona, las horas específicas de necesidad de asistencia por tercera persona, la capacitación laboral o titulación necesaria de esta tercera persona, y qué tipo de actividades pueden ser suplementadas por una ayuda técnica, además de la tercera persona, y cuáles pueden ser sustituidas por una ayuda técnica en lugar de una tercera persona. Además, se detallarán las necesidades médicas para la adecuación de la vivienda. Con todos estos datos se permitirá al juzgador establecer la necesidad real de ayuda por una tercera persona, y lo que es más complicado, cuantificarla económicamente.

En el congreso de La Rochelle (Francia) de 1.993 se establecieron los criterios para calificar a esta “tercera” persona médico legal, distinguiendo entre tercera persona de sustitución, vigilancia y estimulación.

Los criterios para la asignación y calificación de esta tercera persona se establecen de acuerdo con los siguientes parámetros:

- Posibilidades funcionales restantes del lesionado y aplicación sobre las ayudas de la vida diaria.
- Ayudas técnicas precisas.
- Estado de las funciones cerebrales superiores, capacidad de decidir, evitar el peligro, etc.
- Cuidados médicos y paramédicos necesarios.
- Evaluación del entorno familiar, social y geográfico.

4.2.5. Tabla V. Indemnizaciones por incapacidad temporal

La tabla V establece los criterios para indemnizar los días de curación. Diferencia tres categorías:

- Días de hospitalización.
- Días de baja de carácter impositivo.
- Días de baja de carácter no impositivo.

No existe duda en cuanto a la conceptualización del día de baja de carácter hospitalario, referido a aquel tiempo durante el que el paciente se encuentra ingresado en un centro asistencial de carácter sanitario.

En cuanto a la distinción entre días de baja de carácter impositivo y días de baja de carácter no impositivo vuelven a surgir opiniones dispares. ¿El día de baja debe referirse al concepto laboral de baja, o debe referirse al período de limitación física del lesionado que impida o dificulte en gran medida el desarrollo de las actividades de la vida diaria? Para evitar disparidad en su interpretación se podrían emplear los grados de discapacidad del RD 1971/1999.

En la práctica se suele aplicar el concepto de día de baja de carácter impositivo al tiempo durante el cual el paciente se encuentra en situación de incapacidad temporal (IT), acreditado por el organismo competente. La duda surge en aquellos casos en el que el paciente no se encuentra en edad laboral, o no está sujeto a una relación laboral por cuenta ajena, debiendo interpretarse de otra manera el concepto de baja de carácter impositivo y el día de baja de carácter no impositivo. Sin entrar en una discusión jurídica, ajena a la práctica médica, el perito médico delimita los tiempos de curación en función de 3 criterios:

a.- Período durante en el que el paciente se encuentra en situación de limitación total o muy notable para la realización de los actos más fundamentales de la vida diaria (RD 1971/1999). Estos actos se refieren al aseo, alimentación y desplazamientos. Como ejemplo podríamos citar aquel caso en el que el paciente está inmovilizado en cama debido a una fractura de pelvis, o portando un yeso en toda su extremidad inferior.

b.- Deberá delimitarse el tiempo durante el que el paciente, si bien todavía no ha alcanzado la recuperación completa o la estabilización de sus lesiones, puede valerse por sí mismo para todas las actividades de la vida diaria. Sería aquel caso en el que a este paciente previamente inmovilizado se le retira el yeso y acude diariamente a rehabilitación hasta que obtiene el alta definitiva.

c.-Se establecerá el tiempo que ha estado incapacitado laboralmente, como parte fundamental de la ocupación habitual.

Con esta distinción de tres períodos el juzgador podrá decidir qué criterio aplica para la caracterización del tiempo de curación. Bien optando por considerar el día de baja de carácter impositivo como el que realmente el paciente no puede valerse por sí mismo para los actos más esenciales, o bien durante aquel tiempo en el que ha estado en situación de IT.

Atendiendo a la Ley, la diferenciación entre tiempo de baja de carácter impositivo y no impositivo, debería referirse al tiempo durante el que se encuentra limitado para sus actividades más esenciales de la vida diaria, en contra de aquél durante el cual todavía continúa bajo supervisión médica, o bien de baja laboral, pero se vale perfectamente por sí mismo para las actividades más esenciales de la vida diaria.

4.2.6. Tabla VI. Clasificación y valoración de secuelas

Como ya se ha mencionado, el RDL 8/2004 modifica sustancialmente la inicial Tabla VI de la Ley 30/1995.

Cuando existen 2 ó más secuelas la puntuación resultante para el conjunto de las mismas no será la suma aritmética de los puntos asignados a cada una de ellas. Habrá que aplicar una fórmula reductora, ya introducida en la Ley 30/1995, cuyo incumplimiento es una de los errores más observados en la aplicación de del baremo.

$$[(100 - M) m]/100 + M$$

En primer lugar se ordenan las secuelas, por puntuación, de mayor a menor. La puntuación mayor será "M", mientras que la siguiente en orden, no la menor, será "m". El resultado de esta primera operación, siempre redondeado a la unidad superior, pasará a ser "M" en la segunda operación, mientras que la tercera en orden será "m", y así sucesivamente. En caso de existir perjuicio estético la puntuación de éste no se debe sumar

aritméticamente a la puntuación obtenida por la concurrencia de secuelas funcionales.

A. Reglas generales de utilización

Antes del listado de secuelas, se introducen tres reglas generales de las cuales se derivan las reformas más notables, en términos médico legales, de la tabla VI.

1ª regla: *La puntuación otorgada a cada secuela, según criterio clínico y dentro del margen permitido, tendrá en cuenta su intensidad y gravedad desde el punto de vista físico o biológico-funcional, sin tomar en consideración la edad, sexo o profesión.*

Aunque puede pasar desapercibido en una lectura rápida de esta regla, o incluso puede darse por supuesto a priori, lo más llamativo de ésta es que la puntuación debe obedecer a un criterio clínico. A continuación se describe la metodología requerida para fijar la puntuación, e incluso se deja patente que la misma es independiente de la edad, sexo o profesión. De tal forma, la única perspectiva desde la que se debe atribuir una puntuación a una secuela es la perspectiva médica, que utilizará los criterios clínicos suficientes para conocer el alcance del daño biológico. Existen muchos ejemplos en la nueva redacción en los que o bien se expresa según alteraciones funcionales, como puede ser la valoración de los síndromes extrapiramidales, o bien el cambio de las secuelas ha supuesto una mejoría en ese sentido, como en las epilepsias.

Simonin escribió en 1.955: “... *el poder del médico perito es inquietante...*”, referido a su intervención en los procedimientos penales. En el año 2006, en España, el poder del médico perito, en relación con la valoración de los daños corporales, es todavía más inquietante. La Ley 30/1995 generalizó la intervención de los médicos expertos en valoración del daño corporal. La responsabilidad que atribuye el RDL 8/2004 a su intervención, a través

de la regla 1ª, debería ser motivo suficiente para exigir cada vez más una adecuada formación en esta disciplina.

2ª regla: *Una secuela debe ser valorada una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados de la tabla, sin perjuicio de lo establecido respecto del perjuicio estético. No se valorarán las secuelas que estén incluidas y/o se deriven de otra, aunque estén descritas de forma independiente.*

El contenido de esta regla había sido previamente avanzado por diferentes recomendaciones de la utilización de la tabla VI de la Ley 30/1995, promovidas por el comité médico de UNESPA. Independientemente de estas recomendaciones, la norma contenida ahora en esta regla era la práctica considerada como correcta por parte de los médicos expertos en valoración de daños personales.

Llama la atención de esta segunda regla su reiterada expresión a lo largo de la Tabla VI en la explicación de secuelas, incluso como encabezamiento de algunos capítulos. Así veremos, entre paréntesis, como en la valoración de algunas secuelas se recuerda que tal concepto incluye las limitaciones funcionales y el dolor, como en las artrosis postraumáticas o en las prótesis articulares. Esta reiteración puede conducir al equívoco de que en los supuestos en los que no aparezca no se tendrá en cuenta lo que recoge esta segunda regla.

Nuevamente, y siguiendo la línea argumental de la primera regla, son necesarios conocimientos médicos para su aplicación. Únicamente con los conocimientos necesarios se podrá determinar cual es la sintomatología concreta de una secuela. La nueva valoración de las afasias y del hipogloso, entre otras secuelas, son suficientemente clarificadoras de esta situación.

3ª regla. *Las denominadas secuelas temporales, es decir, aquellas que están llamadas a curarse a corto o medio plazo, no tienen la consideración de lesión permanente, pero se han de valorar de acuerdo con las reglas del apartado a) de la tabla V, computando, en su caso su efecto impeditivo o no y con base en el*

cálculo razonable de su duración, después de haberse alcanzado la estabilización lesional.

De las tres reglas que se introducen, es la que puede plantear mayores dificultades de interpretación médico legal. De su redacción se destacan dos conceptos equívocos:

- Secuelas temporales
- Cálculo razonable de su duración

Resulta difícil de comprender desde un punto de vista médico el significado de *secuela temporal*. Si se trata de una secuela es un daño permanente, irreversible, que irremediamente tendrá una expresión clínica, la que incluso puede ser fluctuante. Si es un síntoma (molestia, ansiedad) o un signo (limitación de movilidad) temporal evidentemente no es una secuela.

Salvada esta desafortunada denominación, desde un punto de vista médico legal la única interpretación posible es que se trata de lesiones residuales, en franca regresión, bien de carácter subjetivo (síntomas) u objetivo (signos), pero que inequívocamente tienden a la completa desaparición.

Es evidente que su interpretación planteará importantes discusiones, sobre todo por la consideración de la temporalidad de las lesiones.

No podemos estar más de acuerdo con Rousseau al definir la *Consolidación médico legal* como aquel momento en el cual la víctima se encuentra en un estado que no es susceptible de mejorar, extendiéndola a aquel período en el cual el estado funcional es estacionario o las lesiones tienen un carácter permanente tal que un tratamiento activo no es necesario, a no ser que sea para evitar una agravación y es posible apreciar un déficit funcional permanente que traduce un perjuicio definitivo. Será en este momento cuando es posible llevar a cabo la valoración de las secuelas. Cuando finalmente se pueda plantear la temporalidad de una lesión, la discusión se trasladará al cálculo razonable de su duración. Desde un punto de vista jurídico puede tener un significado válido, que no tiene su correspondencia desde una perspectiva médico legal.

Existen numerosas estadísticas de tiempos medios de curación para lesiones de carácter traumatológico, fundamentalmente. Sin embargo cualquiera de los tiempos de curación son habitualmente sobrepasados en el ámbito de reclamación de daños y no podemos cargar la culpa a las tablas que emanan de la práctica clínica habitual ajena a los conflictos médico legales.

Otra cuestión de relevancia en este contexto es que los períodos de regresión de síntomas o signos deben contar con la participación activa del propio lesionado, formando parte de la correcta práctica médica. La experiencia de estos últimos años al amparo de la Ley 30/1995 es desalentadora, pues la conversión automática de las quejas en dinero puede hacer perpetuar las *secuelas temporales*. Existen diferentes trabajos de investigación que ponen de manifiesto el *efecto inflacionista de la Ley*.

B. Capítulos 1 al 8

Como hemos comentado, las reglas de valoración dan paso a un listado de secuelas y su correspondiente puntuación. La distribución de las secuelas se realiza a través de nueve capítulos, siendo el noveno un capítulo especial, que se corresponde con el perjuicio estético, que trataremos a parte.

En cada uno de los ocho capítulos encontraremos diferencias, más o menos notables, con respecto a la tabla VI de la Ley 30/1995. La denominación de las secuelas atiende, como norma general, a clasificaciones actualizadas y la graduación en la severidad de la secuela está basada en criterios clínicos, como por ejemplo en la insuficiencia renal, en la que se hace necesaria para su valoración la determinación objetiva de un parámetro analítico, resultando más funcional y jerárquica que la mezcla heterogénea de síntomas y signos de la Ley 30/1995, similar comentario merece la valoración de la insuficiencia cardiaca.

Otra novedad importante son los cambios, incluso incongruencias, en las puntuaciones otorgadas a muchas secuelas. Ante

el comentario general de que se produce un descenso, diremos que no es estrictamente cierto. En ocasiones se amplía el arco de puntuación con una reducción del límite inferior. Otras, incluso, se ven incrementadas. El estado vegetativo persistente, el síndrome orgánico de la personalidad son situaciones que, entre otras, han visto incrementadas su valoración. Aparecen nuevas secuelas como la osteoartritis séptica crónica del hombro, codo, rodilla y cadera, situaciones que en estos dos últimos supuestos podrían asimilarse a la artritis postraumática de baremo anterior.

Una aproximación global a estos ajustes en las horquillas de puntuación otorgadas, permite una primera conclusión: se han uniformizado. No tenían sentido, por ejemplo, las diferencias otorgadas a las diferentes algias (cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia) residuales de los traumatismos de la columna vertebral.

Sería muy extenso, y alejado de nuestra intención, explicar cada una de las variaciones habidas en la misma. El análisis pormenorizado de todos los capítulos nos pondría de manifiesto inconsistencias y ausencias aisladas.

Quizá la discusión más habitual derivada de la utilización de la tabla VI de la Ley 30/1995 era la valoración de secuelas concurrentes en la misma articulación o extremidad. Además de la regla 2ª ya explicada, los capítulos 4º y 5º comienzan con otra regla médico legal que probablemente zanjará aquellas discusiones:

Nota: La puntuación de una o varias secuelas correspondientes a una articulación, miembro, aparato o sistema (en el caso de que sean varias secuelas tras utilizar la fórmula de incapacidades concurrentes), nunca podrá superar a la que corresponda por la pérdida total, anatómica y/o funcional de esta articulación, miembro, aparato o sistema.

Esta regla, convertida ahora en norma, era defendida anteriormente atendiendo a criterios médico legales de proporcionalidad y de capacidad restante. Si tenemos en cuenta que en la primera regla general se nos indica que *la puntuación otorgada a cada secuela, según criterio clínico y dentro del margen permi-*

tido, tendrá en cuenta su intensidad y gravedad desde el punto de vista físico o biológico-funcional, esta nueva regla no es sino una expresión práctica de la misma.

Para la aplicación de esta regla, lo más adecuado es calcular el porcentaje de pérdida de función y éste se aplicará sobre la puntuación adecuada a la pérdida total, modificada según estuviese la posición funcional incluida en esos arcos de movilidad. Esta pérdida de función podría valorarse como el cociente entre el sumatorio de los grados de los diferentes movimientos de los que es capaz una articulación y el sumatorio de los máximos grados posibles. Este cociente actuaría como reductor de la puntuación otorgada a la pérdida de función o anquilosis.

C. Perjuicio estético

Como capítulo individualizado es el cambio más notable de la tabla VI. No sólo se modifican los calificativos que lo definen, sino que se modifican las puntuaciones y se introducen unas normas de utilización:

1ª. El perjuicio estético consiste en cualquier modificación peyorativa que afecta a la imagen de la persona; constituye una dimensión diversa del perjuicio fisiológico que le sirve de sustrato; se refiere tanto a su expresión estática como dinámica.

Como se venía defendiendo desde la esfera médico legal, el perjuicio estético es todo aquello que afea a la víctima. No sólo las cicatrices, sino también cualquier alteración de la armonía corporal.

2ª. El perjuicio fisiológico y el perjuicio estético constituyen conceptos perjudiciales diversos. Cuando un menoscabo permanente de salud supone, a su vez, la existencia de un perjuicio estético, se ha de fijar separadamente la puntuación que corresponda a uno y a otro, sin que la asignada a la secuela fisiológica incorpore la ponderación de su repercusión antiestética.

Esta regla da por finalizada una discusión antigua. La puntuación correspondiente a una amputación no incluye el perjuicio estético derivado de la misma.

3ª. El perjuicio fisiológico y el perjuicio estético se han de valorar separadamente y, adjudicada la puntuación total que corresponda a cada uno, se ha de efectuar la valoración que les corresponda de acuerdo con la tabla III por separado, sumándose las cantidades obtenidas al objeto de que su resultado integre el importe de la indemnización básica por lesiones permanentes.

Evidentemente esta regla es ajena a la clínica.

4ª. La puntuación adjudicada al perjuicio estético es la expresión de un porcentaje de menoscabo permanente del patrimonio estético de la persona. 50 puntos corresponden a un porcentaje del 100 por cien.

5ª. La puntuación del perjuicio estético se ha de realizar mediante la ponderación de su significación conjunta, sin que se pueda atribuir a cada uno de sus componentes una determinada puntuación parcial.

La puntuación del perjuicio estético es única y responde a todas las circunstancias antiestéticas. No era infrecuente ver informes médicos en los que se atribuía un determinado perjuicio estético a cada una de las cicatrices, deformidades, etc.

6ª. El perjuicio estético es el existente en el momento de la producción de la sanidad del lesionado (estabilización lesional), y es compatible su resarcimiento con el coste de las intervenciones de cirugía plástica para su corrección. La imposibilidad de corrección constituye un factor que intensifica la importancia del perjuicio.

Sin duda alguna será la regla que originará más discusiones en la apreciación del perjuicio estético. La primera consecuencia es que será habitual que se aporten informes-presupuesto de cirugía plástica y reparadora en todos aquellos casos con cicatrices susceptibles de corrección estética. Estos informes estarán

orientados a dos aspectos, cuantificar el coste de la reparación y la dificultad o imposibilidad de alcanzar la restitutio ad integrum.

La inexistencia de baremos de honorarios médicos oficiales, ni siquiera orientadores, es posible que sea la causa principal de la discusión.

No menos importancia tiene la última frase de la regla. *La imposibilidad de corrección constituye un factor que intensifica la importancia del perjuicio.* Es evidente, y sobre todo en el marco contextual actual de la denominada Medicina defensiva, que incluso la más pequeña cicatriz no será catalogada con certeza de reparable en su totalidad. Aunque parece evidente que esta afirmación queda relegada a aquellos casos de notable desestructuración de tejidos que hacen imposible cualquier reparación eficiente, es posible que en la práctica acabe banalizándose con un efecto meramente indemnizatorio.

7ª. El perjuicio estético importantísimo corresponde a un perjuicio de enorme gravedad, como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y las grandes alteraciones de la morfología facial o corporal.

La valoración del perjuicio estético ha estado sometida a importantes controversias metodológicas. Se han propuesto, incluso, métodos cuasi objetivos para su valoración.

Si bien la valoración de esta secuela se basaba en la vivencia subjetiva del propio afectado, y sus implicaciones, esta regla nos indica que además habrá que considerar para su valoración criterios objetivos.

Dada la gravedad que representa la situación de daño estético que se pretende para la última categoría, la única prueba de la afectación subjetiva sería un riguroso examen psiquiátrico. De este examen debería deducirse la existencia de alteraciones del comportamiento, cambios de personalidad o síntomas ansioso depresivos derivados de la sustancial alteración de la percepción corporal por parte de la víctima.

8ª. Ni la edad ni el sexo de la persona lesionada se tendrán en cuenta como parámetros de medición de la intensidad del perjuicio estético.

Esta regla confirma la línea argumental sostenida anteriormente, si bien la vivencia ante una cicatriz no es igual en todas las edades y diferente según el sexo. ¿Es posible eliminar la subjetividad?

9ª. La puntuación adjudicada al perjuicio estético no incluye la ponderación de la incidencia que el mismo tenga sobre las actividades del lesionado (profesionales y extraprofesionales), cuyo específico perjuicio se ha de valorar a través del factor de corrección de la incapacidad permanente.

Se trata de una continuación de la regla 8ª. Estas dos últimas reglas vienen a confirmar la independencia en la valoración del perjuicio estético, que únicamente representa un aspecto concreto de la situación final de daño.

5. Conclusiones

La valoración del daño corporal como disciplina de desarrollo reciente, adquiere en la actualidad un notable protagonismo en la Medicina Legal, siendo la valoración del daño la actuación médica legal más frecuente. Las repercusiones socioeconómicas alcanzan magnitudes extraordinarias.

Como manifestación de esta situación se han promulgado diversas normas para garantizar una justa reparación del daño al ciudadano. Dichas normas han sido inicialmente cuestionadas y han sufrido modificaciones reclamadas desde los sectores especializados, actualmente forman parte del material de trabajo en la práctica médico legal.

Esta situación exige una especialización de los peritos médicos que deben conocer los diferentes sistemas de valoración aplicables a las normas legales del derecho en el que han de informar. Este contexto es suficiente para que se exija una formación especializada a todos los médicos que intervienen como peritos,

también a los de la administración de justicia. Esta formación debe ser previa a su selección, introducción en los listados de peritos o designación como tales. Es preocupante la nula exigencia de formación previa de los peritos, probablemente debida a que el sistema actual de especialidades médicas está ligado a las necesidades asistenciales del Sistema Público de Salud, del que se encuentra erróneamente alejada la Medicina Legal. No podemos admitir en el siglo XXI que la pericia pública o privada ofrecida al ciudadano quede limitada por la autoformación, no reglada y voluntaria de aquellos peritos que así lo consideren adecuado.

Bibliografía

- Aso J y Cobo JA. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación. Análisis médico-forense del anexo a la Ley 30/95*. 1ª ed. Masson: Barcelona, 1998.
- Bargagna M, Canale M y Palmieri L. *Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente*. 1ª ed. Giuffrè: Milan, 1996.
- Borobia C. *Métodos de valoración del daño corporal*. 1ª ed. Fundación Universidad-Empresa: Madrid, 1989.
- Borobia C. *Valoración del daño corporal. Legislación, metodología y prueba pericial médica*. Masson: Barcelona, 2006.
- Castro B, Miguéis X, Represas C, Martínez C, Rodríguez-Calvo MS, Suárez-Peñaranda JM, Concheiro L, Vieira DN y Muñoz JI. *Valoración médico legal de las lesiones del manguito de los rotadores*. 4 Congreso Nacional de Medicina Legal. Covilhã-Portugal, 2005.
- CIUO 88. *Clasificación internacional uniforme de ocupaciones*. Organización Internacional del Trabajo: Ginebra, 1991.
- Criado MT. *Valoración médico-legal del daño a la persona. Civil, penal y administrativa. Responsabilidad profesional del perito médico*. 1ª ed.. Colex: Madrid, 1999.
- Daligand L, Loriferne D, Reynaud CA y Roche L. *L'évaluation du dommage corporel*. 3ª ed. Masson: Paris, 1992.

- Daupleix D. *Les différents types de tierce personne*. Rev franç dommage corp 1994;20(1):13.
- Dérobot L. *La réparation juridique du dommage corporel*. Flammarion medecine: Paris, 1980.
- Fernández J. *Valoración y resarcimiento del daño corporal. La reforma del sistema resarcitorio de los daños corporales derivados de la conducción de vehículos a motor en la Ley 30/1995, de 8 de noviembre*. 1ª ed. Ediciones Jurídicas y Sociales: Madrid, 1997.
- García-Blázquez Pérez M y García-Blázquez Pérez CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*. 14 ed. Comares: Granada, 2006.
- Gerin C. *La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile*. 1ª ed. Dorr. A. Giuffrè: Milano, 1973.
- Villanueva E. *Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología*. 6ª ed. Masson: Barcelona, 2004.
- Hernández C. *Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*. 2ª ed. Masson: Barcelona, 2001.
- Le Concours Medical. *Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit común*. Berger-Levrault Graphique: Paris, 2001.
- Le Gueut J, Roche L, Reynaud CA y Daligand L. *La réparation du dommage corporel en droit commun*. Masson: Paris, 1980.
- Crespo, M., Gayoso, M., Cerqueiro, S., Muñoz, J.I., Otero, X.L., "Impacto de la entrada en vigor del Real Decreto 1971/199 de Minusvalías en la valoración del sistema cardiovascular". En Temas de actualización en la valoración del daño corporal. Ed: FEGAS: Santiago de Compostela, 2003:123-32.
- Magalhães T. *Estudio Tridimensional do dano corporal: Lesão, função e situação (sua aplicação médico-legal)*. 1ª ed. Livraria Almeida: Coimbra, 1998.

- Medina M. *La valoración civil del daño corporal. Bases para un tratado. Análisis jurídico del sistema incluido en la Ley 30/95. Doctrina y jurisprudencia.* Tomo I. Dykinson: Madrid, 1999.
- Mélenec L. *Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de invalideces.* 1ª ed. Masson: Barcelona, 1997.
- Miguéns X, Rodríguez-Calvo MS, Suárez-Peñaranda JM, Concheiro L y Muñoz JI. *Valoración del daño medular: Factores pronóstico vital.* 4 Congreso Nacional de Medicina Legal. Covilhã-Portugal, 2005.
- Muller M. *Réparation du dommage corporel.* Archives de l'Institut de Médecine Legale et de Médecine Sociale de Lille: Lille, 1996.
- Muñoz JI. *Criterio médico ante la valoración de las lesiones a la luz de la reforma de la Tabla VI*": "La reforma del Baremo"- Enfoque XXI: Oviedo-León, 2004.
- Muñoz JI y Ducet J, coordinadores. *Temas de actualización en la valoración del daño corporal.* Ed. FEGAS: Santiago de Compostela, 2003.
- Muñoz JI, Represas C, Suárez-Peñaranda JM, Castro B, Hermida M, Rodríguez Calvo MS, Suárez J y Concheiro L. *Simulation in Whiplash injury assessment.* Journal de Médecine Légale, droit médical, victimologie et dommage corporel 2002; 45(4-5):248.
- Muñoz JI, Represas C, Suárez-Peñaranda JM, Rodríguez-Calvo MS y Concheiro L. *La Tercera Persona en la Ley española 30/95: Valoración médico legal de los Grandes Inválidos.* Revista Portuguesa do Dano Corporal 2000; 9 (10):99-105.
- Pynsent P, Fairbank J y Carr. A. *Medición de los resultados en ortopedia.* 1ªed. Masson: Barcelona, 1996.
- Represas C, Concheiro L, Vieira DN y Muñoz JI. *Les traumatismes cervicaux dans les accidents de circulation.* En Temas de Medicina Legal II. Ed. Centro de Estudos de

- Pós-Graduação em Medicina Legal, Coimbra-Portugal, 2002:536-40.
- Represas C, Suárez JM, Muñoz JI, Rico R y Concheiro L. *Accidentes de tráfico en Galicia: el esguince cervical*. En Temas de Medicina Legal. DN Vieira, A. Rebelo y F. Corte-Real coordinadores. Ed. Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal. Coimbra-Portugal, 1998:153-5.
- Represas C, Vieira DN, Magalhães T, Dias R, Frazão S, Suárez-Peñaranda JM, Rodríguez-Calvo MS, Concheiro L y Muñoz JI. *Differences in incidente of whiplash injury between Portugal and Spain*. 17th Meeting of the International Association of Forensic Sciences. Hong Kong-China, 2005.
- Represas C. *Traumatismos cervicales leves. Propuesta de un método de valoración médico legal*. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, 2003.
- Roca E. *Derecho de daños*. 1ª ed. Tirant lo branch: Valencia, 1996.
- Rousseau C. *La fixation du tax par les médecins experts*. Journal de Médecine Legale Droit Médical 1998;41(5):296-372.
- Sá FO. *Clínica médico legal da reparação do dano corporal em direito civil*. APADAC: Coimbra, 1992.
- Simonin C. *Medicina legal judicial*. 2ª ed. Jims: Barcelona, 1962.
- Valls R. *El derecho de daños en la práctica actual*. En Ribó L, Derecho de daños. 1ª ed. Bosch: Barcelona, 1992:66-88.
- Vicente E. *Los daños corporales: tipología y valoración*. 1ªed. JMB: Barcelona, 1994.
- Vieira DN. *Sistema de valoración de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre. El daño a la persona en Europa: consideraciones generales sobre la armonización en valoración de daños corporales de la Unión Europea*. En Criado MT. Valoración médico legal del daño a la persona. Civil, penal, laboral y administrativa. Responsabilidad profesional del perito médico. Colex: Madrid, 1999: 648-52.