

ANÁLISIS MÉDICO-LEGAL DE LA NUEVA TABLA VI DE LA LEY SOBRE RESPONSABILIDAD CIVIL Y SEGURO EN LA CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS DE MOTOR

(Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación
y adaptación comunitaria de la legislación sobre
seguros privados).

Prof. Dr. Claudio Hernández Cueto
Profesor Titular del Departamento de Medicina Legal y Toxicología
Director del Master Universitario en Valoración Médica del Daño Corporal
Universidad de Granada

1. INTRODUCCIÓN: Razones para una nueva Tabla VI.

La modificación de la Tabla VI del sistema de valoración de secuelas contenido en la disposición adicional octava de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privado, obedece – según se manifiesta en el propio título de la Ley 34/2003 – a la necesidad de adaptar la legislación sobre seguros privados a la normativa de la Unión Europea.

El baremo más empleado y conocido en nuestro país, el “baremo de tráfico”, apareció en su día como modificación y ampliación de un texto anterior y albergado en una disposición adicional de la Ley 30/95. Aunque absolutamente relacionado con el seguro privado y su regulación, apareció formalmente adherido a la cola de Ley, como si fuera adenda de última hora.

Parece ser este el destino habitual del baremo español más importante de los contemplados nunca en nuestro Ordenamiento, Ahora, una detenida lectura de la exposición de motivos de la Ley 34/2003, nos demuestra que ninguna de las razones expuestas justifica realmente el cambio de la Tabla VI incluido en el artículo 3º.3 de la misma.

Realmente nada impedía hacerlo. De hecho es lógico que un baremo deba ser periódicamente modificado. Así se hace con los más prestigiosos, por ejemplo: Las *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* que la Asociación Médica Americana modifica y amplía periódicamente, incluidas en nuestro Ordenamiento para el reconocimiento de la condición de minusválido. Así veníamos requiriéndolo multitud de profesionales desde hacía tiempo y ello no es indicador de que se tratara de una mal baremo, sino de una necesidad habitual en este tipo de herramientas de medida que, por definición, son inexactas e incompletas y precisan de reajustes tras un periodo de aplicación que permite conocer sus limitaciones, excesos y ausencias. La evolución tecnológica y científica de la Medicina se suma a esta exigencia, determinando que aspectos concretos queden obsoletos y precisen de actualización. Por ello quiero dejar bien claro en este inicio que opino que un baremo se debe modificar y este era un buen momento para hacerlo.

Lo que también parece cierto es que, al igual que en el año 1995 podía haber merecido un texto claro e independiente, ahora hubiera merecido al menos una adecuada justificación real, sobre todo dado que en los años transcurridos desde su inicial publicación ha demostrado

su indiscutible utilidad e incrementado su importancia. En la exposición de motivos de la Ley 34/2003 se señala:

“En el ámbito de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a motor, texto refundido aprobado por Decreto 632/1968, de 21 de marzo, se efectúan tres modificaciones...la tercera tiene por objeto la tabla VI del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación que figura como anexo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, respecto de la que la experiencia acumulada desde su entrada en vigor aconseja introducir ciertas modificaciones”.

Es decir, no es la necesidad de adaptación a la normativa comunitaria la que justifica el cambio, tal y como la Ley 34/2003 señala en su propia denominación, sino reajustar el baremo tras su empleo durante unos años.

Las palabras son importantes y pueden inducir en este caso a pensar que no sólo la normativa comunitaria justificaba el cambio, sino que además dirige la forma de ese cambio.

Indico esto porque la cuestión no es si se debía modificar la Tabla VI y cuándo hacerlo, sino por qué se va a hacer ahora dicho cambio, con qué criterios y cómo. Estas últimas cuestiones son las que en el capítulo introductorio de la Ley debían estar aclaradas.

¿Cuáles pueden ser las verdaderas razones de esta modificación? La primera de ellas ya ha sido expuesta: la necesidad de adecuación y actualización de todo baremo al uso. Pero, tras una lectura detenida, podemos llegar a la conclusión de que otras diversas también justifican el cambio y son las que pretenderé conocer al final de este breve análisis.

Un última reflexión previa cabe hacer: establecida a necesidad y conveniencia de la actualización, sorprende que sólo se modifique la Tabla VI y no otros apartados del sistema albergado en la disposición adicional octava de la Ley 30/95. Es absurdo pensar que sólo la Tabla VI contenía defectos o ausencias notables, e indiscutible que otros apartados del mismo se beneficiarían de modificaciones que también la experiencia de estos últimos años viene aconsejando.

2. LA UTILIDAD DE UN BAREMO.-

No es objetivo de este análisis profundizar en el estudio de los baremos y su utilidad. Pero al afrontar la

nueva Tabla VI dos principios esenciales no deben ser olvidados:

- 1º. Un baremo es tan sólo una herramienta.
- 2º. La antigua tabla VI de la Ley 30/1995 era una herramienta, como expresa el propio texto de la referida ley, para cumplir –entre otros- con el objetivo social del sistema de seguros. También para ofertar un criterio común que permita uniformizar la valoración y, como consecuencia las decisiones que de ella se deriven tanto en el ámbito judicial, como por medio de acuerdos amistosos.

El primero de estos principios es frecuentemente olvidado y ello es un grave error. Un baremo no debe ser otra cosa que una herramienta para medir daños a las personas, aunque haya algunos que prevean otras situaciones como le sucede al nuestro (muerte, periodo de baja y factores de corrección diversos). Si un baremo es una herramienta, es un medio y –por definición- no es un fin. Es decir, la valoración de daños personales no consiste exclusivamente en conocer las secuelas que una persona presenta, medirlas o cuantificarlas con el baremo y obtener un cifra indemnizatoria. Todos los que trabajamos en este ámbito sabemos que la finalidad última del sistema de seguros es el resarcimiento íntegro de los daños y ello no queda comprendido en la conclusión que el baremo nos permite obtener, sino que son muchos más los elementos a introducir por el profesional de la Medicina en la valoración de daños y más numerosos aún los que debe considerar el profesional del Derecho para alcanzar la reparación integral de daños personales que la Doctrina ha expresado reiteradamente y nuestro Ordenamiento pretende.

Si se olvidan los principios antes formulados, nos encontramos –como sucede frecuentemente- con casos de informes médicos de valoración de daños personales cuya conclusión definitiva es la cifra de cuantificación que se obtiene mediante el baremo y con acuerdos o con sentencias francamente reducidas por centrarse en dicho aspecto y, si acaso, adornarlos con la guarnición de los elementos complementarios previstos en el baremo, en forma de factores correctores diversos, y no otros. Ello es sencillamente injusto y contrario al espíritu de nuestro Derecho.

Por ello sirva acaso esta modificación de la Tabla VI como recordatorio de la verdadera utilidad de un baremo: **una herramienta para cuantificar secuelas o daños permanentes**. Su resultado debe ser sólo una conclusión más de las muchas que estamos obligados a obtener para

aproximarnos a esa utopía de obligada persecución que es la reparación integral del daño.

3. LA NUEVA TABLA VI: Aspectos generales.

Si bien la llegada de un nuevo baremo o uno modificado, por las razones antedichas, debe ser bien recibida, es cierto también que la primera impresión que produce es la reducción de la valoración cuantitativa en puntos de la mayoría de las secuelas con respecto a la versión anterior. Este es un aspecto que intentaré analizar más adelante.

Tras esa primera aproximación, dos aspectos generales destacan:

- 1º. Las Reglas de Carácter General, al inicio.
- 2º. El nuevo tratamiento del Perjuicio Estético, al final.

3.1. Reglas de Carácter General.-

En principio estas reglas generales hay que tomarlas como tal es decir: como instrucciones de manejo, y no como axiomas médicos o médico-legales indiscutibles. Las afirmaciones que incluyen son obvias para el experto y la buena aplicación del baremo depende de que sean respetadas. Otra cuestión es su necesidad y su lógica, lo que intentaremos analizar ahora.

3.2.1. Regla 1.-

“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.”

Parece razonable, a la vista no ya de la Tabla VI, sino de todo el baremo, que a la hora de valorar en puntos una secuela, el perito médico no tenga en cuenta edad, sexo o profesión. La edad está considerada en la Tabla III, donde se asigna un valor económico al punto en función de dicho parámetro entre otros. La profesión o, mejor dicho, la incidencia de la secuela sobre la profesión se prevé en la Tabla IV en forma de Factores de corrección de las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes que constituyan una incapacidad para la ocupación o actividad habitual de la víctima, o en la Tabla V, al apreciarse la indemnización por Incapacidad Temporal por días y distinguiendo entre hospitalarios y no hospitalarios e impeditivos y no impeditivos. En cuanto al sexo, tampoco es influyente a la hora de decidir la puntuación a

asignar a una secuela. Es cierto que hay secuelas ligadas al sexo ineludiblemente, como la pérdida de un testículo o de un ovario, pero en su valoración nunca entra el sexo contrario para decidir la puntuación, por tanto el sexo no es un factor a considerar.

Se llega así a la conclusión de que efectivamente ninguno de los factores excluidos ahora era necesario excluirlos, ya lo estaban.

Se añade que la valoración se hará en función de su intensidad y gravedad desde el punto de vista físico o biológico-funcional. Evidentemente debe ser así, ya lo era en la anterior versión y así es en todos los baremos.

La conclusión es clara y desalentadora: la primera regla es absolutamente innecesaria y muchos de los aspectos que introduce se consideran en otros apartados del baremo distintos a la Tabla VI, por lo que su inclusión aquí, además de inútil, es errónea.

Debe destacarse de esta primera regla el término **“Criterio Clínico”** ya que, como iremos comprobando, se trata este del principio rector de elaboración y empleo de la nueva tabla. El criterio médico, fundamentado en la valoración clínica del paciente es el que debe llevar a la consideración y cuantificación del daño personal, apoyándose en la forma clínica de valoración, con pruebas clínicas adecuadas que objetiven los daños y los midan con la máxima precisión posible.

3.2.2. Regla 2.-

“Una secuela debe ser valorada una sola vez, aunque su sintomatología se encuentra 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”.

La duplicidad de valoraciones, es decir: la posibilidad de que una misma secuela sea valorada más de una vez ha sido objeto de dura discusión durante los últimos años y es evidente que esta segunda regla pretende intervenir en dicha discusión para acabarla, aunque hay algunas situaciones especiales que merecen un estudio más detenido.

Me parece acertado que un nuevo texto pretenda resolverlo pero no se ha hecho sólo gracias a esta afirmación de la segunda regla sino sobre todo a otras modificaciones puntuales que se ha introducido a lo largo del contenido de la Tabla VI. Por ejemplo, una artrosis post-traumática de cadera podía conllevar, según el caso,

limitaciones de movilidad mayores o menores, dolor de más o menos intensidad, cojera, etc. Ello determinaba que antes en algunos casos los elementos a considerar con una secuela de esta naturaleza, si se trataba de un caso grave y mal evolucionado, fueran numerosos y arrojaran considerable puntuación. Muchos opinaban que al valorar la lesión artrósica se valoraba el resto de los elementos que la acompañaban, pero en la anterior redacción de la Tabla VI la coexistencia de todos esos factores que podían ser valorados en un mismo caso sin regla alguna en la Ley que lo excluyera permitía una valoración más amplia que, como digo, llevaba a frecuente discusión. La nueva Tabla VI termina con ella, pero no merced a la segunda regla, sino a modificaciones muy puntuales, al atender la estimación de secuelas una a una. En este caso, el baremo señala en su capítulo cinco dedicado a la extremidad inferior y la cadera: “Artrosis postraumática (incluye las limitaciones funcionales y el dolor) 20-35 puntos”, lo que finaliza la discusión, asignándole más puntos a los casos más graves y con peores consecuencias dentro del intervalo entendiendo que se puntúan tres elementos a la vez: artrosis (lesión anatómica), limitaciones de movilidad (lesión funcional) y dolor.

Igual sucede con otras muchas situaciones como las hernias y las profusiones discales que se valoran ahora por segmentos y no una a una; las amnesias, en cuya valoración queda incluido ahora el deterioro de las funciones cerebrales superiores integradas (para la amnesia de fijación) y el síndrome postconmocional (para la amnesia de evocación); la artrosis postraumática de rodilla, donde se incluyen también las limitaciones funcionales y el dolor; así como otros casos.

Puedo concluir así este apartado afirmando que la segunda de las Reglas Generales, además de obvia, es innecesaria, habiéndose resuelto parcialmente el problema con cambios puntuales como los antes relacionados. Digo parcialmente porque hay situaciones similares tratadas de forma diferente. Es el caso de la Artrosis postraumática Subastragalina (5-8 puntos) que no incluye las limitaciones de movilidad del pie y el dolor, por lo que – en caso de presentarse con cierta intensidad- podrían valorarse aparte como antes sucedía en todos los casos. Igual sucede con la Pseudoartrosis de Tibia inoperable (25-30 puntos) y otros supuestos.

3.2.3. Regla 3.-

“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 va-

lorar de acuerdo con la 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.”

Si bien las dos primeras reglas son innecesarias, esta última es uno de los mayores dislates de la reforma de la Tabla VI, desde el punto de vista médico-legal. Una Regla General para la Tabla VI que realmente tiene que ver con la Incapacidad Temporal de la Tabla V, no merecería mayor comentario.

Para el no iniciado se podría aducir que esta regla pretende evitar que se asigne la consideración de secuela o daño permanente a trastornos temporales de corta o media evolución. Aunque la Medicina no es una ciencia exacta y es cierto que hay casos en que la evolución de un determinado paciente con una patología concreta puede ser incierta y prolongada, no es admisible la confusión que sugiere la regla, salvo por desconocimiento de la Medicina o por intención. Considerar un trastorno temporal, componente propio del periodo de baja, como secuela es, salvo muy contadas excepciones susceptibles de discusión médica, un error conceptual grave.

Sin embargo, el término “medio plazo” admite consideraciones más elásticas si leemos con detenimiento el baremo, ya que contempla secuelas que podrían evolucionar hacia la curación o estabilización en dicho periodo de difícil definición. Sirvan los siguientes ejemplos:

- El Síndrome postconmocional (cefaleas, vértigos, alteraciones del sueño, de la memoria, del carácter, de la libido) (5-15 puntos).
- Los Trastornos neuróticos por estrés postraumático (1-3 puntos) u otros trastornos neuróticos (1-5 puntos).
- Las Algias postraumáticas de columna (1-5 puntos).
- Todo material de osteosíntesis cuya permanencia no sea totalmente imprescindible.
- La Gonalgia Postraumática Inespecífica (1-5 puntos).

Y otras muchas patologías susceptibles de desaparecer o curar (como el material de osteosíntesis) o mejorar considerablemente (las algias gracias a la retirada del material de osteosíntesis o la fisioterapia; los trastornos emocionales leves gracias a la psicoterapia y/o al cambio de condiciones de vida, etc.) pasando a no ser daños

permanentes, sino trastornos temporales de media evolución y que deberían ser tratados por medio de la Tabla V.

Aunque las reglas en Medicina nunca pueden satisfacer todas las situaciones posibles y todos los casos, es aconsejable seguir el criterio médico-legal de curación en las lesiones. Este criterio se fundamenta en tres aspectos:

1. ¿Se ha aplicado el máximo de tratamiento posible?
2. ¿La evolución se ha producido al máximo esperable?
3. ¿Se puede reincorporar el paciente a sus tareas habituales?

El máximo tratamiento posible debe entenderse en la doble acepción de máximo que la Medicina actual puede ofrecer o máximo que el paciente acepta, ya que puede haber casos en que sea posible una última terapéutica y que el paciente rechace por motivos variados. La evolución esperable es la que la Medicina conoce según la casuística para ese tipo de patología, aunque siempre pueda existir alguna excepción. La reincorporación a las tareas habituales puede ser completa, parcial, a tareas diferentes o incluso francamente limitada, pero debe entenderse como aquel momento en que la sumisión a un tratamiento curativo o reparador no tiene sentido y la actuación médica finaliza. Para este último criterio sólo se presenta la excepción de los estados de coma prolongado, como el Estado Vegetativo Persistente, en los que se aplican criterios clínicos de estabilización, por ejemplo: un año de evolución tras la instauración del coma.

Si a las tres cuestiones planteadas puede responderse positivamente podremos fijar el momento de curación. Patologías intermedias, como las que antes refería, habrán evolucionado, el tratamiento se habrá aplicado y se habrán resuelto en mayor o menor medida. Deberá considerarse entonces que la curación se ha producido y el trastorno temporal (que no puede ser considerado secuela) ha acabado. No se producirán así errores de apreciación que lleven a confundir una situación temporal con una permanente o secuela. Es cierto que ello podrá determinar en algunos casos un alargamiento del periodo de baja, pero será médicamente correcto al ajustarse a la realidad clínica del caso, y no se producirá el error que esta regla general intenta evitar.

1.2. El nuevo tratamiento del Perjuicio Estético.-

Formalmente se han modificado los términos empleados para los dos niveles superiores: “Muy Importan-

te” pasa a calificarse “Bastante Importante” y “Considerable” se transforma en “Importantísimo”. La escala de puntuación se reduce dado que antes podía llegar hasta 100 (20 ó más) y ahora se limita a un máximo de 50 puntos que se asimilan a un menoscabo correspondiente a un porcentaje del 100 por cien.

Aclarando de antemano que el sistema de valoración del perjuicio estético tanto en esta Tabla VI, como en la anterior, lo considero complejo en todas las ocasiones, incompleto en muchas e injusto en gran número de casos, como intentaré explicar más adelante, debo señalar aquí que la limitación de valoración máxima a 50 puntos me parece un error. Sería posible el caso de un gran quemado cuya secuela final sea exclusivamente la estética. Se calificaría entonces, según esta Tabla VI, de Perjuicio estético Importantísimo y se le asignaría un valor de 50 puntos, es decir menos que muchas situaciones de secuelas múltiples medias o menores que consideradas en conjunto superarían dicha puntuación. Considero que, si deseamos valorar el perjuicio estético, debe dejarse hacerlo y no ponerle limitaciones, así como no admitir excesos. En ese sentido la escala de valoración anterior era más adecuada.

En el caso del Perjuicio Estético el número de Reglas de Utilización es numeroso, algunas de ellas ya conocidas puesto que se han ido desarrollando y aplicando conforme el baremo ha sido empleado y conocido en sus limitaciones y necesidades, como la no consideración de la edad del lesionado (prevista ya en la Tabla III) o del sexo, así como la no consideración del perjuicio profesional que debe ser contemplado mediante el factor corrector correspondiente. El resto de las reglas son novedosas y merecen un examen detenido:

“1. 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; refiere tanto a su expresión estática como dinámica.

2. 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.

3. El perjuicio fisiológico y el perjuicio estético se han de valorar separadamente y, adju-

dicada 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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...”.

No reproduciéndose aquí las reglas 8 y 9 por haber sido comentadas antes.

Señalaba antes mi desacuerdo con este sistema de valoración del Perjuicio Estético, tanto en la versión anterior como en la actual de la Tabla VI, por la confusión a la que conduce a muchos peritos y a muchos profesionales del derecho de la capacidad médica para valorar la estética.

La imagen de una persona, término empleado en la primera regla, es un elemento de compleja apreciación que sobrepasa con mucho la función y capacidad de un perito médico valorador. Al igual que una obra de arte puede atraernos o producirnos repulsa en virtud de los más variados argumentos (que han llevado a muchos especialistas en la materia a afirmar que Arte es aquello que te gusta), el aspecto de la imagen de una persona y su valoración estética está sujeto a esos mismos factores

definidores. El tono de voz, la vestimenta, el lenguaje no verbal, los gestos, la postura y un larguísimo etcétera constituyen elementos que determinan la repulsa o la atracción que alguien produce en alguien, y dicho juicio varía considerablemente con el observador. No hay que olvidar que la Tabla VI, siempre por debajo del arbitrio judicial, **es una herramienta médica para criterios médicos que quedan plasmados en un informe médico, por lo que los elementos que debe manejar han de ser exclusivamente médicos.** Evidentemente la modificación de la imagen de una persona no es uno de esos elementos, al menos en el sentido tan amplio con que se expresa aquí. Es cierta la existencia de secuelas que provocan un trastorno de la normal forma y su consideración en este aspecto de trastorno **de la forma normal**, tan repetidamente manifestada en nuestra Jurisprudencia, debe ser —entre otras— médica. La amputación de un miembro, de una mama, el hundimiento del macizo facial, la actitud general del hemipléjico, son algunos de esos trastornos médicos que deben ser considerados en la puntuación que se le asigna a la secuela concreta en su capítulo correspondiente. Dentro del intervalo de puntuación que a una amputación corresponde, el médico valorador deberá considerar la propia amputación, sus consecuencias en la dinámica osteoarticular, la posible adaptación de prótesis, el dolor, etc. para elegir una puntuación definitiva. Igual sucede con las cicatrices. En algunos casos su intensidad y ubicación precisan del criterio médico. Por ejemplo cuando modifican la mímica facial, cuando limitan la movilidad corporal, cuando comprometen el crecimiento, etc. pero no cuando no producen estos efectos. En el caso de cicatrices sin repercusión funcional, se trata de secuelas que en muchas ocasiones evolucionan a mejor en un plazo de tiempo medio (las únicas), razón por la que las posibles reparaciones no se evalúan hasta transcurrido un plazo de evolución medio. Si como insisten en señalar las reglas 1, 2 y 3 el perjuicio estético a considerar por este sistema es diferente al perjuicio fisiológico, es decir: anatómico, funcional y/o psicológico, no se trata de un elemento que deba ser valorado por un médico. El médico valorador debe centrar su estudio en aspectos médicos exclusivamente y aquí deberíamos referirnos a trastornos de la piel (cicatrices), cosa que es imposible porque la Tabla VI sigue adoleciendo, y lo considero un gravísimo defecto, de un capítulo dedicado a este importante órgano.

Las reglas 4, 5, 6 y 7 se refieren a instrucciones básicas de manejo del sistema que no merecen aquí mayor atención, salvo que —al igual que en la tabla VI anterior— se acepte que se resarza pagándose además el coste de la reparación de cirugía plástica si esta es posible. Ello me

ha parecido siempre injusto para el pagador que debe abonar por la secuela, por repercusión estética y por su reparación. Este principio debería haber estado limitado a situaciones excepcionales y no a la totalidad de los casos donde el trastorno estético suelen ser cicatrices de importancia menor o media. Es como si el pagador afrontara el pago de la pérdida de una pieza dentaria y el presupuesto de colocación de una prótesis, la pérdida traumática del bazo y el coste de la intervención de esplenectomía urgente, la fractura de un cuello de fémur con la consiguiente colocación del material de osteosíntesis (que el pagador afronta en forma de tal secuela considerada en el baremo) y el coste de la intervención de colocación de dicha prótesis, además del precio de la propia prótesis. Si ese fuera el criterio unánime, podría aceptarse, pero que sólo lo sea para el Perjuicio Estético, acaso porque su reparación se produce más tarde, me parece absurdo e injusto.

En general, si el Perjuicio estético que el sistema pretende indemnizar es efectivamente en la mayoría de las ocasiones un elemento diferente al resto de las secuelas, y por ello precisa de un capítulo especial y apartado con numerosas reglas de utilización que dirijan al valorador, hubiera sido más acertado preverlo en esos términos como un factor de corrección que incrementara la indemnización en un determinado porcentaje, como sucede con otros elementos extra-médicos pero relacionados con la situación del lesionado. Sólo los factores médicos de la alteración de la normal forma, como antes comentaba, deberían considerarse dentro de la relación de secuelas que la Tabla VI se propone recoger.

La existencia de este amplio número de reglas, tanto al inicio de la Tabla, como para el capítulo especial del perjuicio estético, son indicativas de un hecho más importante y grave que debe ser destacado. Está relacionado con las más frecuente problemática que este baremo ha planteado a lo largo de los años en que se viene empleando. A parte de modificaciones puntuales que la Tabla VI precisaba, alguna de las cuales se han realizado en esta nueva versión como pretendo analizar más adelante, la mayoría de las novedades que la tabla plantea se centran en reglas de carácter general, a modo de muletas que sostengan a quien lo utilice, no verdaderamente necesarias. La razón que justifica esto es la ausencia de formación y especialización de los profesionales que la utilizan.

No me refiero a la posible utilización de profesionales del Derecho que experimentan con el baremo para mejor orientar sus casos, debiendo reconocer además que algunos lo hacen con bastante habilidad, aunque la au-

sencia de formación médica les impide un estudio profundo y crítico de cada caso. No hay que olvidar aquí lo referido en la primera regla general de esta Tabla VI, a la que quiero hacer de nuevo referencia más adelante: la puntuación debe otorgarse a cada secuela, dentro del margen permitido, según criterio clínico, exclusivo de los médicos y profesionales afines.

Centrándonos en el ámbito de los profesionales de la Medicina, he reiterado –y debo insistir aquí– sobre la sorpresa y desaliento que produce nuestro procedimiento en lo que se refiere a la pericia al no reservarla exclusivamente para el especialista, sobre todo en lo que se refiere a la pericia médica, acaso la más frecuente de todas. Mientras que nadie en su sano juicio permitiría ser operado de un tumor cerebral por un ginecólogo, la colocación de un implante dental por un psiquiatra o el tratamiento de una grave cardiopatía por un dermatólogo, sino que en cualquiera de esos casos la norma es acudir al profesional especializado, la miriada de profesionales que pueden intervenir en una prueba pericial médica (incluyendo la valoración del daño corporal) es asombrosa: traumatólogos, neurólogos, psiquiatras, médicos sin especialización alguna, médicos de compañías de seguros o mutuas que además, etc.

Valorar el daño corporal exige una formación especializada, y emitir y defender un informe médico pericial también. Dicha formación específica corresponde a una única Especialidad Médica: La Medicina Legal y Forense. Una formación específica, aunque menor, se obtiene también hoy en día en los Master sobre el tema que se imparten en muchas Universidades. El resto de los profesionales médicos podrán tener una amplia experiencia clínica, profundos conocimientos médicos, una o más especialidades en su haber, pero escasa o nula formación en temas como la propia regulación legal de la pericia, conocimientos sobre la Ley y la responsabilidad civil, sobre la invalidez y la incapacidad, sobre los distintos baremos existentes y cuáles son los asumidos por nuestro Ordenamiento, sobre el perjuicio estético y su alcance, acerca de los daños morales y su significado y otros elementos. Es decir, no serán capaces de conocer exactamente qué, de toda la información médica, es esencial para facilitar la reparación integral de los daños y qué cosas son superfluas desde la perspectiva médico-legal. Sus intervenciones periciales llevan a errores, en muchas ocasiones a los mismo errores, que se repiten una y otra vez y exige de reglas generales que les auxilien cuando realmente, como hemos visto, son innecesarias o absurdas.

Se considera clásica la afirmación del Prof. Pierre Müller, uno de los padres de valoración de daños y Director del Instituto de Medicina Legal de Lille en Francia, que un buen perito con un mal baremo realizará un buen informe, lo que no sucede necesariamente en la situación contraria.

4. LA NUEVA TABLA VI: Relación de secuelas.

La terminología empleada a la hora de relacionar las secuelas en esta nueva Tabla VI ha mejorado con respecto a la versión anterior. Los nuevos términos empleados son más correctos, con una más ortodoxa terminología médica, más concretos y mejor expresados. Se ha pretendido introducir un sentido clínico de la valoración de la secuelas, lo que es acorde con la primera regla general, varias veces mencionada, de que sea el criterio clínico el elemento rector del empleo de la tabla a la hora de determinar las secuelas existentes y asignarles una puntuación concreta.

La estructuración por capítulos es prácticamente similar a la anterior versión acertando además al situar correlativamente la valoración de extremidades superiores e inferiores y eliminar el término sistema nervioso central del capítulo siete. Continúa adoleciendo de ausencias importantes previstas en otros baremos internacionales de referencia como la piel, el dolor o el daño psíquico tratados específica e independientemente. Así mismo, según he expresado antes, merecería de la supresión del capítulo especial sobre Perjuicio estético cuya valoración debería estar inmersa en la propia relación de secuelas cuando fuera clínicamente importante cosa que hace veladamente en algunas ocasiones. Por ejemplo: la pérdida de un testículo (20-30 puntos) vale más que la de un ovario (20-25 puntos), lo que se explica exclusivamente por las consecuencias estéticas que la pérdida de la gónada masculina produce al encontrarse fuera del abdomen (aunque, sorprendentemente, la pérdida de ambos –sea masculino o femenino- vale igual: 40 puntos).

De forma general cabe destacar los siguientes aspectos:

- 1º. Parece haber una reducción general de valor en puntos para las secuelas, aunque hay casos de incremento, si bien analizaremos esto con detenimiento más adelante.
- 2º. Los intervalos de puntuación no existen para algunas secuelas sino que se valoran con una puntuación única, lo que ya sucedía en la anterior versión de la Tabla. En la mayoría de las ocasiones se trata de se-

cuelas fijas, en las que no hay márgenes clínicos para la valoración (p. ej.: amputación bilateral del primer dedo, anquilosis de cadera en posición funcional o amputación bilateral del brazo), ni situaciones intermedias que valorar, por lo que el intervalo de puntuación no tiene sentido.

4.1. Capítulo 1: Cabeza.-

4.1.1. Cráneo y cabeza.-

El número de supuestos de posibles secuelas se ha reducido considerablemente, al igual que sucede en la mayoría de los capítulos, habiéndose eliminado una amplia relación de secuelas, como:

- Manifestación de diabetes mellitus latente (10-15).
- Foco irritativo encefálico postraumático sin crisis comiciales y en tratamiento (1-5).
- Cuero cabelludo: cicatriz dolorosa o neuralgias (2-12).
- Epilepsia:
 - Una crisis aislada sin tratamiento (2-12)
 - Una crisis aislada con tratamiento (9-10)
 - Una-dos crisis anuales (24-25)
 - Una-dos crisis mensuales (29-30).
- Déficit de coordinación psíquica (10-20).
- Disminución de la atención (2-15).
- Capacidad de respuesta disminuida (5-15).
- Pérdida de capacidad intelectual.
- Psicosis postraumáticas (30-40).
- Desorientación témporo-espacial (10-20).
- Síndrome de Moria (25-35).
- Síndrome demencial (75-95).

Y otros muchos. Realmente en la mayoría de los casos no se trata de una verdadera desaparición, sino de que se han cambiado a términos clínicos más adecuados, o reunidos varios de ellos bajo un término más moderno y adecuado. O se ha cambiado el criterio de clasificación siempre regido por otro más clínico.

Por ejemplo, los trastornos de las funciones cerebrales superiores integradas, generalmente derivados de traumatismos craneoencefálicos, valorados mediante pruebas específicas y en especial mediante la Escala de

Coma de Glasgow, la más habitual herramienta clínica en este ámbito, se deben valorar mediante este criterio clínico y se sistematizan en cuatro grados (leve, moderado, grave y muy grave) en función de la limitación en el desarrollo de funciones interpersonales y sociales que el trastorno produce. Igual criterio se emplea para los trastornos orgánicos de la personalidad. También el puro criterio clínico se emplea con acierto para la valoración de afasias y agnosias.

Para mejor ilustrar se reproduce aquí la Escala de Coma de Glasgow desarrollada por Teasdale y Jennet en 1974:

GLASGOW COMA SCALE	
Variable	Puntuación
<i>Apertura de Ojos</i>	
Espontánea	E 4
Al hablar	3
Al dolor	2
No	1
<i>Mejor Respuesta Motora</i>	
Obedece	M 6
Localiza	5
Retirada	4
Flexión anormal	3
Respuesta extensora	2
Ninguna	1
<i>Respuesta Verbal</i>	
Orientado	V 5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1
Valoración del coma (E+M+V)= 3-15	

En el caso de los niños de corta de edad la valoración de las respuestas verbales se realiza según los siguientes parámetros:

Respuesta verbal	Puntuación
Palabras apropiadas, fija la mirada, sigue objetos	5
Tiene llanto consolable	4
Persistentemente irritable	3
Agitado	2

Sin respuesta

1

La gravedad y profundidad del coma inicial está directamente relacionada con la posibilidad de una evolución nefasta a la muerte o al EVP. En este sentido un estudio realizado por los mismos autores sobre 768 casos arrojó los siguientes resultados al relacionar ambos factores:

Puntuación 3-4 : 80% fallecieron o quedaron en EVP.

Puntuación 5-7 : 54% " " " " "

Puntuación 8-10 : 25% " " " " "

Puntuación 11-15: 6% " " " " "

Algunas secuelas aumentan su puntuación, como es el caso de las Hemiparesias: las moderadas pasan de 25-35 puntos a 20-40 y las graves de 35-45 a 40-60. El Estado Vegetativo Persistente o Coma Vigil pasa también su valoración de 90-95 puntos a 100. También los trastornos orgánicos de la personalidad pueden alcanzar valores de 90 puntos en el nivel muy grave, mientras que antes el máximo se fijaba en 80 puntos para graves pérdidas de capacidad intelectual.

El resto de las secuelas de este subapartado reducen su puntuación entre el 20 y el 50%. La epilepsia simple pasa de un intervalo de 10-20 puntos a 1-10, la pérdida de sustancia ósea en el cráneo de 10-15 a 1-5, la ataxia de 30-35 a 10-35, la Hemiplejía de 80-90 a 80-85, los trastornos neuróticos por stress postraumático de 5-15 a 1-3, por citar algunos ejemplos.

4.1.2. Cara: Sistema osteo-articular.-

La reducción de ítems, reuniéndolos bajo términos más adecuados a los principios clínicos es la norma también en este apartado. Desaparece una sola secuela: el callo deformante del hueso malar. El resto se reducen a menor número de supuestos.

La reducción de las puntuaciones es especialmente evidente aquí. Antes la "anquilosis de la articulación temporomandibular con dificultad para la fonación y el paso de líquidos" merecía un intervalo de 55 a 65 puntos, y ahora se debe considerar como una "limitación de la apertura de la articulación temporomandibular" considerada de 1 a 30 puntos. La "pseudoartrosis del maxilar inferior con alteración de la masticación" merecía antes un intervalo de 20-30 puntos y ahora deberá considerarse como "alteración traumática de la oclusión dental por lesión inoperable" que en el pero de los casos ("sin contacto dental") le corresponde un intervalo de 15-30 puntos.

4.3.1. Cara: Boca.-

Tres secuelas desaparecen en este apartado:

- Pérdida completa de la arcada dentaria con prótesis tolerada (3-8).
- Parálisis de la lengua con alteración (fonación, deglución, masticación) (40-50).
- Ageusia (12).

Aunque en el segundo caso se valorará como parálisis del nervio hipogloso en el capítulo sexto.

Y se introduce una nueva: “Trastornos cicatriciales (cicatrices retráctiles) de la lengua que originan alteraciones funcionales (tras reparación quirúrgica)” (1-5), no habiendo en ningún caso motivos que realmente justifiquen ninguno de estos cambios.

4.1.4. Cara: Nariz. Sistema olfatorio y Gustativo.-

En estos dos apartados desaparece la Rinorrea Permanente (50-60) y se incluyen dos nuevas: la “Disosmia” (2 puntos) y la “Anosmia con alteraciones gustativas” (7-10) que compensa la ausencia de la ageusia antes mencionada.

4.1.5. Cara: Sistema Ocular.-

El tratamiento de las secuelas del sistema ocular se concreta finalmente en la valoración funcional, teniendo en cuenta la agudeza visual restante. Las más importantes secuelas se consideran según este importante criterio clínico (Leucoma, alteraciones postraumáticas del iris, Afaquia, etc.).

Se introducen nuevas secuelas antes no contempladas como el leucoma (valorado según la pérdida del campo visual) y la colocación de lente intraocular (2 puntos).

Las reducciones de la puntuación de las secuelas son menores y se hace mención expresa al Estado Anterior, indicando cómo deben considerarse:

“Si el ojo afectado por el traumatismo tenía anteriormente algún déficit visual, la tasa de agravación será la diferencia entre el déficit actual y el existente”.

4.1.6. Cara: Sistema Auditivo.-

La relación de secuelas que desaparecen en este apartado es numerosa:

- estenosis del CAE (conducto auditivo externo) con pérdida leve de capacidad auditiva (1-4).
- pérdida del pabellón con lesión auditiva (1-4).
- otorrea (2-5).

- síndrome vestibular (2-12).
- rotura-perforación timpánica sin reparación quirúrgica (1-4).
- osteomielitis crónica supurada del temporal fistulizada por el oído (25-30).
- cofosis bilateral (60-70).

Que deberán ser consideradas ahora a través del criterio clínico de la valoración del “déficit de la agudeza auditiva” (1-70). Se considera el Estado Anterior de igual forma que lo antes comentado.

4.2. Capítulo 2: Tronco.-

4.2.1. Columna Vertebral y Pelvis.-

La aplicación de criterios esencialmente clínicos y la fusión de numerosas secuelas anteriormente contempladas, vuelve a ser la norma en este apartado, intensificándose especialmente.

Por el interés que despierta y la alta casuística, merece ser destacada la eliminación del término “Síndrome del Latigazo Cervical” y su sustitución por “Síndrome Postraumático cervical” que deberá incluir los siguientes síntomas: cervicalgia, mareos, vértigos y cefaleas para su consideración. El resto de los trastornos menores deberán tratarse a partir de ahora con el supuesto de “Algias Postraumáticas”, con o sin compromiso radicular, y que han de ser adecuadamente objetivadas. Igual sucede con las desviaciones de columna vertebral que se tratarán ahora como “Alteraciones de la estática vertebral postfractura (valorar según el arco de curvatura y grados)” (1-20) conjuntamente consideradas.

Para la “Estrechez pélvica con imposibilidad de parto por vía natural” dejan de mencionarse factores como la edad o si se tiene hijos previos o no, aunque deberán ser tenidos en cuenta para ajustar la puntuación dentro del intervalo establecido (5-10). En cambio, más adelante, se aplica distinto criterio al valorar la pérdida del útero y exigir se considere si es un suceso pre- o postmenopausia, lo que muestra un criterio totalmente diferente.

4.2.2. Cuello (órganos).-

La “Estenosis de laringe con imposibilidad de esfuerzo” ha sido eliminada (60-75) y sólo podrá ser considerada en los casos de “Estenosis cicatricial que determina disnea de esfuerzo sin posibilidad de prótesis” y con una franca reducción del intervalo de puntuación (15-30).

En este apartado se ha introducido una nueva secuela: la “Estenosis traqueal” que debe valorarse según su repercusión funcional, es decir: “valorar insuficiencia

respiratoria”, lo que insiste en el criterio esencialmente clínico de valoración de las secuelas de esta nueva Tabla VI.

4.2.3. Tórax.-

Este capítulo se ha reestructurado especialmente bien. Se han incluido en él apartados dispersos antes en capítulos donde no correspondía, como: sistema óseo (antes con la columna), pulmones (antes con la columna) y mamas (antes con los órganos de cuello y tórax).

La valoración de las secuelas óseas del tórax se ha reducido y simplificado a una sola: “Fractura de costillas/esternón con neuralgias intercostales esporádicas y/o persistentes” (1-6), habiendo desaparecido:

- fracturas de costillas con consolidación viciosa (2-8).
- Fracturas de costillas con insuficiencia respiratoria (1-3).
- Material de osteosíntesis en fractura costal (1-3).
- fractura de esternón con consolidación viciosa (2-6) o con insuficiencia respiratoria (2-6).

La aplicación del criterio clínico *sensu stricto* conlleva que las situaciones de insuficiencia respiratoria sean valoradas en el apartado correspondiente a la misma, sin ligazón con la fractura costal probablemente recuperada. La consolidación viciosa sin repercusiones dolorosas o funcionales no merece consideración en esta Tabla.

Bajo el epígrafe de Parénquima Pulmonar se han eliminado las secuelas: neumotórax recidivante (2-10), absceso crónico con supuración (30-50), hernia irreductible de pulmón (15-30) y embolismo pulmonar postraumático (3-10), centrándose la valoración de las secuelas en la repercusión funcional, esto es: en la insuficiencia respiratoria derivada de la consecutiva secuela de la lesión traumática.

Llama en este apartado la atención la reducción muy importante de puntuaciones. La resección parcial de un pulmón pasa de 15-30 a 5 puntos, y la total de 40-50 a 12, aunque se valora además y aparte la insuficiencia respiratoria. La parálisis del nervio frénico (1-90) dejar de ser considerada para pasar a valorar sólo la consecuencia funcional (insuficiencia).

La función respiratoria se evalúa considerando la forma restrictiva en cuatro grados o tipos de 1 a 90 puntos, exigiéndose la valoración clínica mediante espirometría.

4.2.4. Abdomen y pelvis (órganos y vísceras).-

En el caso del hígado se valoran las alteraciones hepáticas objetivándolas mediante la estimación de la alteración de la coagulación y los presencia de histolisis y colestasis. Se introduce una secuela novedosa, las lesiones postraumáticas de páncreas (1-15), no previstas en la anterior versión. Siguiendo similares criterios que en los apartados anteriores, las lesiones bazo se evalúan por la repercusión hematológica e inmunológica que conlleven.

Las hernias se considerarán sólo en el caso de ser inoperables, situación que antes no limitaba la antigua tabla VI y que no es comprensible dado que hay secuelas en la tabla en que –a pesar de la reconstrucción- siguen siendo consideradas.

Las lesiones renales han de valorarse según la insuficiencia que generen, considerada mediante la evaluación del aclaramiento de creatinina y alteraciones subsiguientes, es decir, deben ser objetivadas por medio del correspondiente medio clínico.

Para el aparato genital la reducción de supuestos es considerable y se realiza una asignación de puntuación prácticamente similar para ambos sexos, salvo en la comparación de la pérdida de testículos y ovarios, antes comentada al hablar del Perjuicio Estético.

4.3. Aparato cardiovascular.-

El empleo de criterios puramente clínicos, como era de esperar, se hace especialmente patente en este capítulo.

En el caso del corazón la insuficiencia cardiaca se evaluará en función de la fracción de eyección, mientras antes se hacía sólo por la repercusión de esfuerzos de la vida diaria. Para las secuelas del sistema vascular periférico la clasificación se modifica también con un más correcto criterio clínico. La valoración de la repercusión funcional es esencial para evaluar la claudicación intermitente, las fistulas arteriovenosas y las flebitis.

4.4. Extremidad superior y Cintura escapular. Extremidad inferior y caderas.-

Ambos capítulos se inician con una nota orientativa que, reproducida literalmente, dice:

“...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 nueva regla de aplicación intenta responder a una demanda general anterior que defendía que la parte no podía valer más que el todo, debiendo evitarse que la concurrencia de secuelas en una extremidad determinara, como a veces sucedía, que un resultado final de puntuación superior a la puntuación correspondiente a la pérdida completa (amputación) de la misma.

Redactada como hemos visto antes, al hacer referencia a “articulación, miembro, aparato o sistema” parece ser de aplicación para cualquier capítulo de la Tabla VI, pero para ello debería haberse incluido entre las reglas generales y no limitarla a los capítulos cuatro (extremidad superior) y cinco (extremidad inferior), lo que sería más lógico teniendo en cuenta que el principio a defender (la parte no debe valer más que el todo) es genérico y así debería aplicarse.

Para su cumplimiento cada uno de los apartados de estos capítulos (hombro, brazo, codo, antebrazo y muñeca, mano, cadera, muslo, pierna, tobillo y pie) comienzan por considerar el valor de la pérdida completa y se desarrollan con una serie de secuelas cuyas puntuaciones se han reducido para facilitar el cumplimiento de la norma.

Es un principio general que parece lógico pero que no necesariamente se cumple. En algunas ocasiones una amputación no es precisamente el mayor daño. Cuadros residuales artrósicos postraumáticos con francas limitaciones de movilidad, dolor crónico, limitaciones biomecánicas (cojera, etc.), acaso después de varias intervenciones quirúrgicas y prolongada estancia hospitalaria, con instalación de material de osteosíntesis sin éxito, etc. son situaciones de mayor sufrimiento para la persona que la amputación bien evolucionada, con correcta rehabilitación y buena adaptación protésica. Así no necesariamente, en el ámbito que nos ocupa, el todo vale más que las partes. Por ese motivo el Estado Vegetativo Persistente se indemniza en muchos casos más que la muerte y, en buena lógica, así debe ser.

Nuevamente el análisis de ambos capítulos revela una mejor sistematización de las secuelas imperando los criterios clínicos y una frecuente referencia a la limitación funcional.

4.5. Médula Espinal y Pares Craneales.-

Para las secuelas de la Médula Espinal también se ha conseguido en esta nueva versión de la Tabla VI una mejor sistematización. Los criterios de clasificación de la Taetraplejia y la Paraplejia son más correctos, se han incluido diferentes grados de afectación para la hemisección Medular, igual que en el caso del Síndrome de Cola de Caballo. Para las Monoplejias y Paraparesias se unifi-

ca la puntuación para miembros inferiores y superiores. Las puntuaciones en general se han reducido mínimamente, en todo caso no más de un cinco por ciento.

En el caso de los pares craneales se ha realizado una ampliación, contemplándose ahora todos ellos bajo este epígrafe, mientras antes estaban contemplados en otros capítulos en relación a la consecuencia funcional más grave. Así es el caso de los nervios III (motor ocular común), IV (motor ocular interno), VI (motor ocular externo), XI (espinal) y XII (hipogloso). Se mantiene el criterio anterior para el I (olfatorio), II (óptico) y VII (auditivo), que han de valorarse según el déficit visual o de audición en los capítulos correspondientes. En el resto se valorará la secuela contemplada en este apartado, además de la consecuencia funcional llegado el caso. La forma como se recoge la afección del Nervio Espinal (IX par) al que se le asigna un intervalo de 5-20 puntos sin especificar secuela concreta es muy confusa.

4.6. Sistema Nervioso Periférico.-

Este capítulo ha sufrido pocas modificaciones, manteniéndose una relación de secuelas muy similar a la versión anterior, aunque con francas reducciones de la puntuación (hasta del 50%) en algunos casos.

4.7. Trastornos Endocrinos.-

Para este tipo de trastornos se señala textualmente: “*Se valorará en función de las necesidades terapéuticas y de las complicaciones posibles a largo plazo*”. Debiendo ser este criterio el que domine la cuantificación de las secuelas.

Desaparecen el Síndrome suprarrenal y el síndrome paratifoideo. La Diabetes mellitus pasa a considerarse en el capítulo dos como alteraciones postraumáticas del páncreas. La Diabetes insípida consta ahora como Lesiones de Neurohipófisis.

5. VALORACIÓN GLOBAL.-

Siempre he afirmado que criticar negativamente un baremo no es tarea compleja. En general, la crítica negativa no es difícil, pero tampoco útil si no se acompaña de la conveniente matización, de otra opción o de ambas cosas.

Un baremo siempre estará incompleto. La totalidad de las secuelas, toda la patología secundaria a un traumatismo que un ser humano puede padecer no es posible recogerla, sin falta alguna, en un documento de este tipo.

Es además ésta un arma crítica ante la que no existe defensa: determinada secuela no está presente y no hay más que discutir. Puede ser una situación grave si se trata

de una patología frecuente. Pero hay que asegurar que no hay baremo exento de este defecto.

Otra cuestión es la valoración, interpretación y cuantificación de las secuelas que sí están contempladas en un baremo. La crítica de este aspecto no llega a ser tan demoledora como la anterior, ya que la consideración que se le otorga a una secuela concreta en un baremo determinado depende de la subjetividad de quien escribe el baremo y la crítica de la subjetividad de quien lo analiza.

Hago estas afirmaciones para insistir en que criticar negativamente un baremo es tarea fácil.

Frente a ello es obligado afirmar también que construir un baremo es extremadamente complejo. La redacción de esta nueva Tabla VI es una tarea meritoria que obliga al máximo reconocimiento a sus autores.

Lógicamente no todas las reformas deseadas se han producido y algunas incluidas en esta nueva tabla no las considero necesarias, como puede ser el caso de las Reglas Generales al inicio.

No obstante cuando se lleva a cabo la lectura de todos y cada uno de los capítulos que conforma el baremo se observan, a mi juicio, indudables aciertos que es obligado resaltar para justipreciarlo. La aplicación de un criterio clínico era imprescindible. La valoración, cuantificación e indemnización de secuelas debe hacerse al amparo de criterios médicos que se utilizan habitualmente en la valoración clínica de dichas patologías. La preponderancia de la espirometría, ecografías, estudios radiológicos, pruebas hematológicas, etc. supera la mera valoración funcional y nos acerca a una valoración técnica correcta de la patología existente. Ese mismo criterio ha sido el utilizado para reordenar y sistematizar la relación de secuelas de un forma mucho más acertada que en la versión anterior. No hay que olvidar que la existencia y empleo de este sistema de valoración de secuelas está justificada por la necesidad de la existencia del informe médico y que éste debe sustentarse esencialmente en criterios clínicos.

Ello conllevará a corto, medio y largo plazo a una continua actualización del baremo al ritmo que la tecnología médica se modifique y permita nuevas formas de evaluación clínica que deberán ser incluidas en él. Sirva como ejemplo que la valoración de un traumatismo cervical no se entiende hoy en día sin un adecuado estudio radiológico donde normalmente está incluida una exploración mediante Resonancia Nuclear Magnética, una técnica que hace pocos años se encontraba en el territorio de la ciencia-ficción. Dichas modificaciones periódicas permitirán a su vez corregir las posibles faltas, eliminar

lo superfluo y ajustar esta herramienta a las verdaderas necesidades que el baremo plantea.

Son muchos los posibles ejemplos sobre la aplicación de criterios puramente clínicos en la nueva tabla:

- la luxación recidivante de la articulación temporomandibular (ATM) según los milímetros de apertura bucal.
- El déficit de funciones cerebrales superiores por medio de la Escala de Coma de Glasgow, empleándose antes vagos criterios como el déficit de coordinación psíquica, la determinación de la atención, la capacidad de respuesta disminuida y otros muy dependientes de la subjetividad del explorador.
- Las secuelas oculares anatómicas o funcionales, así como las auditivas que se valoran ahora exclusivamente por el déficit funcional subsiguiente mediante las pruebas clínicas al uso.
- Las pruebas clínicas correspondientes para los trastornos funcionales cardíacos, respiratorios, hepáticos y renales.
- La Esplenectomía mediante el trastorno de la función hematológica e inmunológica.
- La epilepsia mediante su valoración clínica por EEG y otros muchos.

Es de lamentar que a la hora de modificarlo no se haya tenido en cuenta la estructura de otros baremos donde capítulos como el daño psíquico, la patología de la piel, la especial evolución del anciano ante el trauma, la valoración del dolor crónico, etc. son esenciales, aunque se deban abordar alguno de ellos con criterios diferentes a una mera escala numérica de puntuación. Es de esperar que nuevas versiones, no ya de la Tabla VI, sino de todo el baremo, permitan incluirlos.

Insisto en la necesidad de considerar el perjuicio estético de modo diferente. De incluirlo con criterios clínicos dentro de la propia tabla y no en un capítulo que se denomina especial. Las situaciones especiales relacionadas con este perjuicio deben pasar a ser un plus a añadir como factor corrector donde el médico puede auxiliar para fijarlo, como en otros elementos (daños morales, necesidad de adaptaciones del medio, etc.) pero no decidiendo taxativamente en un campo que le es ajeno.

Finalmente, cabe destacar algunos aspectos concretos que han supuesto mejoras generales importantes de la nueva Tabla VI:

1°. La reducción de puntuaciones no es tan general como parece tras una lectura superficial. Incluso hay casos concretos de incremento de la puntuación. Lo que se ha producido realmente, en la mayoría de los casos, es un reajuste de puntuaciones acorde con el criterio clínico empleado para la nueva sistematización de secuelas, con una franca reducción de las mismas, bien por eliminación de las injustificables o, sobre todo, por reagrupamientos en entidades nosológicas claramente establecidas.

2°. El nuevo criterio de aplicación (el criterio clínico) es más acertado, transforma al baremo en más médico y, por tanto, en una herramienta mejor para la valoración médica de daños personales. También lo define aún más como exclusivo de aplicación por médicos (o profesionales afines), únicos capaces de emplear dicho criterio.

3°. Algunas secuelas nuevas o modificadas presentan un tratamiento muy diferente y más correcto. Se consideran los estados patológicos previos agravados por el traumatismo (p.ej.: agravación de estado mental previo, de artrosis previa de hombro, de pierna, de cadera). También aquellas situaciones sin posibilidad de reparación se han ampliado: deterioro de maxilar, fistula esófago-traqueal inoperables, hernias y adherencias inoperables, luxación recidivante de rótula, y otros.

Sin embargo, por muchas modificaciones a mejor que conozca este baremo, no servirán para nada si no se emplea correctamente, por parte de médicos, con criterios clínicos, objetivando adecuadamente las consecuencias permanentes del traumatismo, por médicos adecuadamente formados, que dominen el que el Dr. Gregorio Marañón calificaba como “arte de la Historia Clínica”, con una adecuada formación médico-legal, conociendo el contenido de nuestro Ordenamiento, sabiendo qué precisa el juzgador exactamente conocer de la información médi-

ca para poder aproximarse a esa compensación íntegra del daño, teniendo claro que ello va más allá de un baremo (que no deja de ser una herramienta, “un metro para medir secuelas”, que atiende a uno de los aspectos que la valoración debe contener, pero no a todos) y teniendo una formación especializada en valoración del daño, en la emisión del informe, en su interpretación a los profesionales del Derecho y en su defensa ulterior.

Si estos principios no se consiguen, se hará realidad una y otra vez la afirmación del Prof. Müller de que un mal perito con un buen baremo no necesariamente emitirá un buen informe de valoración del daño personal.

BIBLIOGRAFÍA.-

1. Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. B.O.E. núm. 265, de 5 de noviembre de 2003, pp: 39190 – 39220.
2. Hernández Cueto C (2001) Valoración Médica del Daño Corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2ª edición. Masson. S.A., Barcelona.
3. Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Disposición adicional Octava de la Ley 30/95, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. B.O.E. núm. 268, de 9 de noviembre de 1995, pp.: 32530 – 32547.
4. Bargagna M, Canale M, Consigliere F, Palmieri L, Umani Ronchi G (2001) Guida orientativa per la valutazione del danno biologico. 3ª edición. Giuffrè Editore, Milán.

AGRADECIMIENTO.-

A la Dra. D^a Susana Gómez-Urbe Tapia, de los Servicios Médicos de Catalana Occidente, por sus críticos y acertados comentarios en la valoración global de la Tabla.