

XI JORNADAS DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

ASPECTOS MÉDICO PRÁCTICOS

Fundación
MAPFRE

XI
JORNADAS DE
VALORACIÓN
DEL DAÑO CORPORAL

ASPECTOS MÉDICO PRÁCTICOS

MADRID, 5 Y 6 DE NOVIEMBRE DE 2015

Fundación
MAPFRE

© FUNDACIÓN MAPFRE

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra sin el permiso escrito del autor o de FUNDACIÓN MAPFRE

FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con la opinión del autor o autores.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista en la ley.

© 2015, FUNDACIÓN MAPFRE
Paseo de Recoletos, 23
28004 Madrid (España)
www.fundacionmapfre.org

ISBN: 978-84-9844-576-3
Depósito Legal: M-39425-2015
Maquetación y producción editorial: Zridi Diseño Digital

PRÓLOGO

Ya han pasado dos años desde las últimas Jornadas de Valoración y ya estamos inmersos en la XI Edición de las mismas las cuales están llenas de novedades.

Los días 5 y 6 de noviembre de 2015 se han celebrado bajo el título de “Aspectos médico-prácticos en VDC” con el objetivo de dar rienda suelta a la actualidad pericial, a que los temas tratados reflejen la realidad del día a día y a que se intente dar solución a los problemas que plantea la Valoración del Daño.

El año 2015 nos ha traído la novedad de la reforma del Sistema de Valoración para los accidentes de tráfico (Ley 35/2015), que va a suponer un gran avance en la reparación de los daños personales y que entrará en vigor el 1 de enero de 2016.

Esta reforma tiene que llevar implícito, no solo la mejora en el aspecto puramente médico-pericial, sino que debe ser, de nuevo, el impulsor de la formación académica en esta disciplina de la Medicina a través de las universidades que tanta falta hace en nuestro país.

Fundación MAPFRE a través del área de Promoción de la Salud, quiere ser garante de mantener vivo el espíritu médico-pericial eligiendo a través de estas jornadas, los temas que más preocupan y que siguen siendo de actualidad.

Nuestro objetivo es que los magníficos ponentes que hemos elegido nos ilustren sobre los siguientes temas:

“Nexo de causalidad”: si importante es valorar las consecuencias del accidente lo es, de igual manera, el conocer cuál es la relación causa-efecto de la secuela a valorar.

El segundo tema será tratado en una mesa-coloquio en el que expertos médicos y juristas nos darán su opinión sobre “El traumatismo menor de la columna vertebral”, que sigue estando de actualidad y la Ley 35/20015 lo ha tratado de una forma específica.

Son numerosas las comunicaciones libres presentadas que han permitido, a aquellos profesionales que lo han deseado, exponer su opinión y experiencia, siendo premiados los tres mejores trabajos.

Las novedades en el sistema de valoración ocupan un lugar importante en el menú de estas jornadas y serán tratadas desde todos los ámbitos: médico, jurídico y asegurador.

La última Mesa aborda una miscelánea de temas que merece la pena exponer, ya sea por su complicación médico-pericial o por su difícil interpretación, y que intentará sacar de dudas al numeroso foro asistente.

El broche de las Jornadas lo pondrán tres magníficas conferencias magistrales que sin duda serán el deleite de los asistentes.

Fundación MAPFRE se siente muy satisfecha de su trabajo, intentando en cada edición que podamos seguir poniendo nuestro granito de arena ante un futuro pericial que se aventura muy complicado pero a la vez, lleno de expectativas para los profesionales y, sobre todo, para las víctimas que precisen ser valorados desde el punto de vista médico

Recibid un cordial saludo,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Alonso Dantos', with a horizontal line underneath.

Dr. Javier Alonso Dantos

Director de las Jornadas

COMITÉ ORGANIZADOR

Director

Javier Alonso Santos

Director de Centros Médicos Propios
MAPFRE

Comité

José María Benavent Coloma

Jefe del Servicio Médico Territorial de la DGT Este MAPFRE

José Ramón Campos Dompedro

Director de Negocio Centros Médicos Propios MAPFRE

Francisco J. Cortés Guitart

Jefe del Servicio Médico Territorial de la DGT Centro MAPFRE

Teresa Domínguez Cacho

Jefe del Servicio Médico Territorial de la DGT Sur MAPFRE

Eduardo Marcilla Areces

Jefe del Servicio Médico Territorial de la DGT Noroeste MAPFRE

José Muñoz Contioso

Jefe del Servicio Médico Territorial de la DGT Suroeste MAPFRE

Mario Oliva González

Médico Valorador del Daño Corporal MAPFRE

Francisco José Parejo Maldonado

Subdirector Servicios Médicos Madrid Salud 4

Comité Evaluador de Comunicaciones

Javier Alonso Santos

José Ramón Campos Dompedro

Mariano Casado Blanco

Eugenio Laborda Calvo

María del Carmen Martín Parra

Eduardo Murcia Sáiz

Mario Oliva González

Amadeo Pujol Robinat

ÍNDICE

PARTE I: PONENCIAS

1. PRESENTACIÓN MESA 1. Nexo de causalidad Mariano Casado Blanco	17
2. TRAUMATISMOS Y PRÓTESIS DE MAMA Luis Espejo Ortega	21
3. EMBARAZO Y ACCIDENTE DE TRÁFICO Joaquín Grande Gómez	29
4. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) POSTRAUMÁTICO CRITERIOS DE CAUSALIDAD. Antonio Hernando Lorenzo	43
5. TRAUMATISMO MENOR CERVICAL Y DOLOR DE HOMBRO Pedro García González	57
6. LA REFORMA DEL SISTEMA LEGAL DE VALORACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN: UNA VISIÓN DESDE EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS Alejandro Izuzquiza Ibáñez de Aldecoa	61
7. NOVEDADES EN EL SISTEMA DE VALORACIÓN EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO. ASPECTOS TÉCNICO-JURÍDICOS DE LA REFORMA Manuel Mascaraque Montagut	75
8. NOVEDADES EN EL SISTEMA DE VALORACIÓN EN ACCIDENTES DE TRÁFICO: ASPECTOS MÉDICOS DE LA REFORMA Javier Alonso Santos	103
9. IMPACTO DEL BAREMO Y SU REPERCUSIÓN EN LA ASEGURADORA Julio Laria del Vas	117

10. TRAUMATISMO MENOR DE LA COLUMNA VERTICAL Victoria Bares Jalón, Carlos Represas Vázquez, Fernando Estrella Ruiz y Jesús Fernández Entralgo	125
11. EL FRAUDE EN LOS ESGUINCES TRAS LAS NOVEDADES LEGISLATIVAS Fernando Estrella Ruiz	161
12. DIFICULTADES PRÁCTICAS PARA ESTABLECER LA ESTABILIZACIÓN LESIONAL José Sáez Rodríguez	187
13. EL AMPUTADO, NECESIDADES FUTURAS Almudena Crespo Fresno	201
14. VALORACIÓN OBJETIVA DEL DAÑO CEREBRAL Fernando Sanjuán Martín	219

Parte II. **CONFERENCIAS**

1. LA APLICACIÓN PRÁCTICA DEL CONVENIO DE CLÍNICAS PRIVADAS Eugenio Laborda Calvo	225
2. EL FUTURO DEL PERITO MÉDICO Bernardo Perea Pérez	259

Parte III. **COMUNICACIONES**

1. CRITERIO PERICIAL ANTE LA FIBROMIALGIA POSTRAUMÁTICA J. R. García González-Betes	269
2. RADIOGRAFÍA DE LA SIMULACIÓN EN PSIQUIATRÍA Y SU REFUTACIÓN CLÍNICA Y CIENTÍFICA A. Candina Astorqui	291
3. LA TERMOGRAFÍA POR INFRARROJO EN EL TRAUMATISMO MENOR DE COLUMNA CERVICAL E. Martín Sánchez	309
4. INFARTO DE MIOCARDIO TRAUMÁTICO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS F. García-Nieto Gómez Guillamón, M. Wilhelmi Ayza, A. Menchaca Anduaga, A. Hernando Lorenzo	321

5. VALORACIÓN DE SECUELAS DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO COMO CAUSA DE INCAPACIDAD LABORAL. CASO CLÍNICO M.I. Fernández Sierra.....	333
6. TRASCENDENCIA DE LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL R Jara Ribera.	341
7. ¿ES POSIBLE LA PREDICCIÓN EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL? L. Ordóñez Mayán, I. Martínez Silva, C Represas Vázquez, M. Febrero Bande, JL. Muñoz Barús	349
8. CONOCER LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR. RESULTADOS DESDE EL WHO-DAS II MODIFICADO MP. Arias Zanabria	359
9. LA BIOMECÁNICA DEL IMPACTO EN ACCIDENTES DE TRÁFICO, LOS NUEVOS PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y EL PONER A DISPOSICIÓN DEL PERITO MÉDICO DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL AL LESIONADO TRAS LA REFORMA DEL BAREMO Y L.E.C.I Ventura Día	399
10. SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL: UNA ANOMALÍA CONGÉNITA QUE PONE EN ENTREDICHO LA CERVICALGIA PERSISTENTE TRAS UN TRAUMATISMO MENOR DE COLUMNA CERVICAL MJ. De Luis García y S. Marco Domenech	421
11. CONSIDERACIONES SOBRE EL IMPACTO DEL NUEVO BAREMO EN LAS ASEGURADORAS EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA C. Rojas-Marcos Asensi	435
12. VALORACIÓN Y PERITACIÓN DE LOS DÉFICITS NEUROCOGNITIVOS EN EL DAÑO CEREBRAL DESDE EL DSM-5 (DAÑO CEREBRAL POSTRAUMÁTICO) A Sanz Cid, C. Fadeuille Grau, L. Grau-López	449

PARTE I

PONENCIAS

MESA 1

NEXO DE CAUSALIDAD

1. PRESENTACIÓN

Mariano Casado Blanco

Profesor de Medicina Legal
Universidad de Extremadura

Como introducción a la Mesa Redonda que lleva por título "*Nexo de Causalidad*", y aunque a buen seguro que todos los interesados en las materias relacionadas con la Medicina Legal y específicamente con la Valoración del Daño Corporal saben y conocen de sobras de qué estamos hablando, sí parece oportuno recordar algunas cuestiones. Se trata básicamente de la relación de causa-efecto, que existe o ha de existir entre un determinado y específico hecho y el daño que pudiera resultar u ocasionarse consecuentemente.

Derivado de ello y para considerar la existencia de una responsabilidad, se requieren la presencia de tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho productor del mismo y un nexo de causalidad que permita atribuir el daño a la conducta del agente productor.

Desde un punto de vista práctico, sin el establecimiento de esta relación de causalidad resulta prácticamente imposible el llegar a establecer una responsabilidad en cuanto a los daños.

Si se revisa la jurisprudencia y la doctrina jurídica se puede comprobar que para atribuir un resultado determinado, resulta indispensable definir si el daño aparece relacionado a dicho acto, por una específica relación de causa-efecto. Si esta no resulta posible encontrarla, difícil será el establecimiento de la responsabilidad.

Esto es en ocasiones sumamente complejo pues, si se analiza el asunto desde la óptica filosófica, no hay hecho que pueda ser atribuido, desde el punto de vista práctico a una única circunstancia, sin olvidar que previo a cada suceso interviene una combinación de acontecimientos o factores.

Ahora bien, en el campo jurídico y relacionado con estos temas no se aplica el concepto filosófico de causa. Al Derecho no podría trasladarse una definición tan amplia, porque ello ocasionaría la imposibilidad de atribuir el daño por entero a una causa concreta. En principio, interesa al Derecho la acción del factor o elemento causante del daño y las condiciones naturales interesan al Derecho sólo si eventualmente pueden excluir la imputación jurídica.

En las legislaciones modernas la existencia de un daño, reflejado en la objetividad de una lesión corporal, con independencia de que su origen esté en un acto culposo o doloso, origina una responsabilidad de la cual nace la obligación de reparar el daño ocasionado o producido, existiendo así la necesidad de llevar a cabo la evaluación de dicho daño corporal, para que posteriormente un Tribunal específico y competente pueda establecer la apreciación de la indemnización.

La forma de llevar a cabo la reparación del daño producido es establecida por el Tribunal o por el juez correspondiente, para lo cual precisará la aportación de datos objetivos sobre el daño cierto, los cuales deberán ser aportados por un profesional o equipo médico adecuados.

Por ello tanto el establecimiento de las causas del daño como de los nexos causales, son de especial interés en el campo de la Medicina y en el del Derecho.

Dentro de la Medicina, la Medicina Legal tiene un interés particular por los problemas causantes de un determinado hecho, es decir de conocer la *causa*. De esta forma, y antes de continuar, puede parecer interesante fijar las diferencias entre causa y causalidad.

Según la RAE, *causa* es definida como "lo que se considera como fundamento u origen de algo". Por su parte *causalidad* es un término con el que se indica la existencia de la relación causa-efecto.

El establecimiento de la *causa* de un determinado hecho, en este caso biológico o patológico (traumatismos, embarazo, infarto agudo de miocardio...), es ciertamente complejo y difícil de establecer, por una gran diversidad de elementos que intervienen.

Por todo ello en el campo práctico de la Valoración del Daño Corporal, aparte de la dificultad que entraña el estudio de la etiología o causa, deben afrontarse las exigencias que precisa el Derecho en cuanto a determinar con la máxima certeza posible la causa del daño. Sería incoherente pensar que un Tribunal determinara el valor de una indemnización por daños corporales sin conocer la causa y la existencia de un claro nexo entre ésta y el resultado final de daño.

EVALUACIÓN DEL NEXO DE CAUSALIDAD

Como se puede deducir fácilmente, la existencia del nexo causal entre causa y daño es un presupuesto obvio de resarcimiento del daño y, por tanto, de su valoración médico legal. La incertidumbre del nexo de causalidad confiere al propio daño (traumatismo, infarto...), en términos de relevancia jurídica, el carácter de incierto. La incertidumbre reside en la verificación o no de las condiciones de poder atribuir el daño existente a un determinado evento concreto (traumático, patológico...).

Hay que tener en cuenta que la existencia de un daño confirmado (infarto agudo de miocardio) después de un determinado hecho (traumatismo), no personifica que esa lesión sea de tipo postraumático, sino que es inevitable aportar la prueba que establezca dicha relación.

Esta evaluación se fundamenta en dos elementos diferentes pero esenciales desde el punto de vista de la valoración del daño:

- a) *La naturaleza del hecho inicial* (traumatismo, patología...) y la localización del daño, lo cual admite tener en cuenta el específico hecho (traumatismo, patología...) en el daño resultante y objetivado.
- b) El *examen de posibles causas asociadas e independientes*, bien sea anterior al hecho inicial, que es lo que se conoce como estado anterior, o bien sea concomitante o incluso posterior al hecho específico.

Por ello la realidad y la naturaleza del hecho inicial debe ser siempre adecuadamente investigado, teniendo muy presente el historial clínico del paciente, es decir como un acto médico más.

Aparte de este esencial dato, es necesario definir la existencia de una correspondencia topográfica entre el mecanismo de producción y el daño resultante; no resulta sencillo admitir la existencia de una rotura traumática de prótesis mamaria sin que exista un traumatismo a ese mismo nivel.

Igualmente es importante no olvidar el factor cronológico, ya que en muchas ocasiones los daños aparecen tras un período de tiempo más o menos prolongado.

Y por último, podemos enfrentarnos en muchos casos con la existencia de un estado patológico o traumático independiente del resultado, siendo dicho estado el responsable de los trastornos que invoca el paciente. Una enfermedad puede existir antes

del traumatismo y ser independiente de éste. Es el complejo problema del estado anterior.

Por tanto y para concluir la introducción a la Mesa que lleva por título "Nexo de causalidad" debemos partir del dato de que la apreciación del origen de un determinado daño es un problema eminentemente médico y con una trascendencia clínica. Pero en muchas ocasiones el que este daño sea patológico o traumatológico, no tiene consecuencias prácticas para el clínico, pues tanto el diagnóstico, el tratamiento, como la conducta a adoptar será prácticamente la misma en ambos casos.

Ahora bien desde la óptica de la valoración del daño corporal, sí que existe una clara diferencia y que será su carácter jurídico y ello interesa no tanto a la medicina clínica como a la medicina legal o pericial.

2. TRAUMATISMOS Y PRÓTESIS DE MAMA

Luis Espejo Ortega

Cirujano Plástico

1. INTRODUCCIÓN

La frecuencia cada vez mayor de mujeres portadoras de prótesis mamaria, las cuales pueden sufrir un traumatismo, nos lleva a desarrollar un tema sobre el que existe muy pocas referencias, con un mercantilismo importante que enturbia la buena praxis médica y un componente económico nada desdeñable.

A todo esto le tenemos que añadir que la rotura de prótesis mamaria es un proceso de muy difícil diagnóstico, pudiéndose afirmar que la certeza solo se tiene cuando se aborda esa prótesis afecta, y no debemos olvidar que la glándula mamaria siempre es susceptible de padecer algún proceso neofornativo maligno, a cuya sospecha y diagnóstico estaríamos obligados.

2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PRÓTESIS

Las prótesis mamarias están compuestas de una cápsula y un contenido.

Respecto a la cápsula diremos que está compuesta de una silicona sólida, pudiendo tener en las primeras marcas hasta siete y ocho capas, con una superficie lisa o texturada, bien por disparo de sal o impresa.

Respecto al contenido está formado por gel de silicona, que se compone de sílice y agua, con una cohesividad variable, si bien en la actualidad se tiende a geles altamente cohesivos que no se derramarían ante una eventual rotura de la cápsula anteriormente citada.

La vida media de las prótesis es otro caballo de batalla, dado que se especula con ello, la realidad es que a partir de los diez años no existe ningún fabricante que garantice sus prótesis, considerándolas envejecidas y recomendando su recambio, esto sería en las primeras marcas, dado que en las de segunda línea este plazo disminuiría sensiblemente.

Este extremo normalmente es desconocido por las portadoras, dado que han recibido una información muy sesgada e interesada en un ambiente mercantilista.

Las revisiones periódicas se llevan a cabo solo en un bajo porcentaje de las portadoras, las cuales acuden a una revisión ante un cambio de forma inesperado o sintomatología asociada y por supuesto ante un traumatismo por leve que este sea, al cual responsabilizan de todas las anomalías asociadas.

3. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MAMOPLASTIAS

Tenemos que citar que la mamoplastia es la intervención más frecuente en cirugía plástica, en sus tres vertientes.

1. *Correctora o reparadora*, para el tratamiento de malformaciones mamarias congénitas como mamas tubulares o asimetrías graves, donde la inclusión de prótesis asociada a otras técnicas quirúrgicas se realiza a edad puberal y se acompaña de trastornos psicológicos importantes. Son un 20%.
2. *Reconstructiva*, en el caso de una mastectomía por cáncer de mama, se realiza la inclusión de un expansor mamario el cual se sustituirá por una prótesis de gel de silicona posteriormente. En las reconstrucciones inmediatas y en las mastectomías profilácticas, que son las técnicas más actuales se usan las prótesis anatómicas de gel de silicona. Son un 30%.
3. *Estéticas*, cuando la indicación del aumento mamario la realiza la propia paciente, es el grupo donde el mercantilismo se muestra con toda su crudeza, se ponen generalmente prótesis de segundas marcas que se rompen precozmente. Son el 50%.

Su frecuencia total oscila entre el 1% y el 5%, según continentes, en Europa nos acercamos al 1% y en América al 5%, con variaciones importantes según países.

La frecuencia de las roturas tiene una gran oscilación, dependiendo de las publicaciones y de los datos aportados por los fabricantes, pero si tomamos los datos del

Ministerio de Sanidad francés van del 0,01 al 0,40%, siempre tomados con limitaciones.

4. TIPOS DE PRÓTESIS

Atendiendo a diferentes aspectos tenemos:

1. *Según la forma*, pueden ser redondas o anatómicas (en forma de gota), estas últimas suelen ser de gel altamente cohesivo por lo que se rompen menos.
2. *Según la superficie*, pueden ser lisas o texturadas (micro o macrotextradas). Las primeras tienen una incidencia alta de contractura capsular, la cual se asocia con rotura protésica.
3. *Según el contenido*, pueden ser de gel de silicona, el cual cuanto más cohesivo sea menor posibilidad de rotura existe. O bien de suero fisiológico, cuya tasa de rotura es más elevada.
4. *Según el volumen*, pueden ser de diferentes alturas y diferentes proyecciones. Cuanto mayor es la proyección mayor es la tasa de roturas.

5. IMPLANTACIÓN DE LAS PRÓTESIS. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

1. En el caso de las intervenciones correctoras, por malformaciones mamarias asociamos diferentes tipos de mamoplastias a la inclusión protésica.
2. En el caso de las intervenciones reconstructivas, tras mastectomía tumoral, se usan prótesis expansoras que pueden tener el puerto incluido o a distancia, si bien actualmente se tiende a la reconstrucción inmediata con prótesis de gel de silicona anatómicas, implantadas bajo una cobertura muscular y cutánea.
3. En el caso de las intervenciones estéticas, tendremos en cuenta una serie de consideraciones, las vías de abordaje pueden ser: axilar, umbilical, periareolar y submamaria. Siendo esta última la más indicada en la actualidad, dado que traumatiza poco la prótesis y minimiza la rotura. La posición del implante puede ser subglandular o submuscular, siendo esta última la más indicada, con menor incidencia de roturas.

6. ROTURAS DE PRÓTESIS. CAUSAS

1. El primer grupo de causas serían las inherentes a las propias prótesis, hay marcas que dan una baja calidad, con una incidencia de rotura muy elevada. Así como el tiempo de implantación, a partir de los 10 años se muestran envejecidas por lo que son más susceptibles a la rotura.
2. El segundo grupo de causas serían inherentes a la técnica quirúrgica, cuando se introducen por un orificio excesivamente pequeño o bien el contacto con algún instrumento cortante pueden predisponer a una rotura diferida de la prótesis.

Entre las causas traumáticas la incidencia de un elemento cortante es la más frecuente, bien exterior o interior como puede ser una costilla fracturada.

Asimismo tenemos que considerar cualquier elemento con una alta fuerza cinética, como el propio cinturón de seguridad o el volante pueden producir la rotura protésica.

7. TRAUMATISMOS TORÁCICOS Y ROTURA DE PRÓTESIS

Tenemos que destacar los signos costales, tanto en el caso de fractura incluso de fisura, se puede asociar con rotura.

Los signos mamarios son importantes, oscilan desde el hematoma, la mastitis e incluso la hemisección glandular se asocia a episodios de rotura.

Los signos cutáneos no pueden pasar desapercibidos, el hematoma o la equimosis extensa, o bien una dermatitis por escoriación, se puede asociar a una rotura.

Por supuesto, cuando existen signos mayores como neumotórax o hemotórax, se pueden asociar con roturas de prótesis.

8. NEXO DE CAUSALIDAD

Tiene que existir un nexo de causalidad cierto, directo y total entre el traumatismo y la rotura protésica.

Debe existir un impacto directo con alta fuerza cinética, recogido de una manera clara. La sospecha de rotura protésica debe ser en un tiempo razonable y no después de un

largo periodo de tiempo. Tenemos que prestar especial atención a los signos indirectos anteriormente citados, porque su ausencia descartaría ese nexo de causalidad.

Será importante visualizar alguna prueba radiológica de control anterior porque casi siempre existirá, no puede orientar.

Asimismo hay datos como, si lleva la prótesis implantada más de 10 años o si esta es de una segunda marca, que nos pueden llevar a una duda razonable.

9. ROTURA DE PRÓTESIS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIA EN TRAUMATISMOS LEVES

En primer lugar deberemos realizar diagnóstico diferencial con prótesis envejecidas, en este caso llevarán implantadas más de 10 años, corresponderán a una segunda marca y a la exploración la paciente presentará una pseudotosis debido a la deflatación natural de la prótesis.

Debemos diferenciarla también de una rotura antigua de la prótesis que ha pasado silente, en este caso veremos gran cantidad de gel fuera de la prótesis y lo patognomónico será la existencia de SILICONOMAS, nódulos en el sistema linfático, el cual está intentando limpiar la silicona.

También debemos diferenciarla de la contractura capsular grado III y IV de Baker, entidad plurietiológica que en algunos casos se asocia con salidas silentes de gel de silicona, y que en todo caso es un cuadro crónico.

Considerando que estamos en la mama, debemos diferenciar todo proceso inflamatorio de un posible nódulo de mama por procesos neoforativos que hayan pasado silentes y que con ocasión del traumatismo leve puedan ser eventualmente localizados.

10. ROTURA DE PRÓTESIS. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La exploración mamaria por parte de un personal experimentado y familiarizado con las prótesis mamarias, puede llegar a diagnosticar un 30% de las roturas, pero esto es a todas luces insuficiente.

La mamografía como prueba de valoración inicial es aceptada si bien, presenta falsos positivos y negativos aun en manos muy expertas, por lo que se queda escasa.

La ecografía presenta una problemática similar a la anterior, al resultar menos dolorosa es preferida por las pacientes.

Es sin lugar a duda la resonancia magnética la prueba diagnóstica por excelencia, nos permite realizar un diagnóstico diferencial exacto con las entidades anteriormente citadas.

11. ROTURA DE PRÓTESIS. POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

El tratamiento siempre pasa por el abordaje quirúrgico, con recambio de prótesis, previamente se deberá realizar una exploración intracavitaria minuciosa y lavado riguroso de la misma. Siempre debe ser bilateral para mantener la simetría mamaria.

Asimismo en algunos casos cuando apreciemos una cápsula periprótésica engrosada deberemos realizar capsulotomía y incluso capsulectomía total, siempre con toma de biopsia para el despistaje del linfoma anaplásico de células grandes asociado a prótesis mamarias (1 por 500.000).

A veces cuando localicemos en la exploración siliconomas, deben ser extirpados, no se debe ser excesivamente riguroso porque si hacemos una linfadenectomía regional posteriormente aparecerá un linfedema, el cual será una secuela difícilmente explicable por un proceso benigno. Solo quitaremos los palpables, o bien aquellos que produzcan algún tipo de sintomatología como dolor o molestia.

12. CONSIDERACIONES FINALES

Por la alta frecuencia de mujeres portadoras de prótesis como hemos visto, la rotura de las mismas es una complicación traumática que cada vez veremos en un mayor número, por lo que habrá que estar preparado para establecer el nexo de causalidad. Dado el envejecimiento natural de las prótesis ya implantadas, habrá un interés creciente en forzar un posible recambio.

Aun siendo bastante infrecuente la rotura de prótesis en traumatismos torácicos leves, es necesario analizar todos los factores anteriormente descritos para establecer el nexo de causalidad entre la rotura y el traumatismo.

El cáncer de mama siempre sobrevuela cualquier lesión traumática en esta localización, debemos descartarlo con las pruebas que sean precisas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- TEO I AND AL. Seat belt injuries causing bisección of the breast: a case report. J Plast Reconstr Aesth Surg 2014,67:1008-9.
- BENGTON,BP AND EAVESFF. 2012. High-resolution ultrasound in the detection of silicone gel breast implant Shell failure: Background, in vitro studies, and early clinical results. Aesthet. Surg J.32(2).157-174.
- HÖLMICH,M ET AL. 2005.The diagnosis of silicone breast implant ruptura. Clinical finding compared to finding at MRI. Ann Plast. Surg. 54(6):583-589.
- HÖLMICH,LR ET AL. 2003. Incidence of silicone breast implant ruptura. Arch. Surg. 138:801-806.
- FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). 2005. General and Plastic Surgery Devices Panel. April 11.
- MENTOR WORLDWIDE LLC. 2011. MemoryGel Breast Implant 9-Year Core Clinical Study Report.
- HANDEL ET AL. 2013. Plast Reconstr. Surg. 132:1128-1137.

3. EMBARAZO Y ACCIDENTE DE TRÁFICO

Joaquín Grande Gómez

Ginecólogo

Los accidentes de tráfico supusieron entre el año 2000 al 2010 unas pérdidas económicas al Sistema de la Seguridad Social de más de 13.000 millones de euros, que supone el 1.21% del PIB (2009).

Según revela un artículo publicado en *Canadian Medical Association Journal*, el embarazo se asocia a un aumento significativo del riesgo de sufrir un accidente de tráfico grave, que requiera atención médica de emergencia, especialmente en el tercer trimestre gestacional. En ese estudio se analizaron a 507.262 embarazadas, manifestando que en los tres años anteriores en dicho grupo se habían sufrido 6.922 accidentes (177 al mes), mientras que ese mismo grupo analizado se sufrieron 757 accidentes solo en el segundo trimestre gestacional (252 al mes).

Estadísticamente, alrededor del 8% de los embarazos resultan complicados por traumatismos físicos. A medida que progresa el embarazo parece aumentar el riesgo de traumatismos. En el tercer trimestre de embarazo, los traumatismos menores son más frecuentes que en cualquier otro momento de la vida de la mujer adulta. En el caso que nos ocupa, casi 1 de cada 50 mujeres embarazadas se verán involucradas en un accidente automovilístico en algún momento del embarazo. Es pues, el Accidente de Tráfico la causa más frecuente de morbilidad materno fetal de la mujer embarazada en los países industrializados, excluyendo las propias causas obstétricas. Su secuela más importante es la muerte fetal. La muerte materna es casi siempre por lesiones cerebrales o shock hemorrágico.

El aumento de esta siniestralidad es consecuencia de tres fenómenos sociales superpuestos: la incorporación de la mujer al mundo laboral (exigiendo una mayor movilidad de éstas, incluso durante su periodo gestacional), el incremento del tráfico automovilístico y la violencia social. Tampoco podemos dejar pasar por alto, una serie de cambios fisiológicos que afectan, en mayor o menor medida a la mujer durante la

gestación, así como enfermedades intercurrentes relacionadas con el embarazo. Se debe tener en cuenta que ciertos trastornos relacionados con el embarazo (cambios en el nivel de azúcar de la sangre, modificaciones en la tensión arterial, alteración de la visión y las manifestaciones circulatorias que suelen aparecer en las piernas) pueden mermar la capacidad de conducción.

1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

El embarazo provoca cambios fisiológicos importantes, así como alteraciones anatómicas que involucran a casi todos los órganos. Las respuestas del organismo de la mujer embarazada a la situación traumática del accidente de tráfico puede ser diferente a la de las personas no gestantes y dichos cambios pueden también influir en la valoración asistencial de la embarazada que ha sufrido un accidente, alterando los síntomas, los signos de las lesiones y el resultado de las pruebas complementarias.

A continuación vamos a exponer someramente los cambios fisiológicos más conocidos de la mujer gestante:

- *Irritabilidad y somnolencia.* Son manifestaciones muy frecuentes, pero de gran variabilidad según cada gestante, y según la edad gestacional. Las alteraciones del sueño lo refieren más del 50% de las embarazadas.
- *Hipotonía muscular y laxitud articular.* Es también una manifestación muy variable y está provocada por las hormonas liberadas desde las membranas placentarias.
- *Síndrome de la compresión de la vena cava.* A partir de la semana 20 aproximadamente se produce un aumento del gasto cardiaco entre 1 y 1,5 litros/minutos que está influenciado por la posición de la gestante. En decúbito supino el útero comprime la vena cava inferior, lo que ocasiona una notable reducción del gasto cardiaco (30-40%). Esto se puede evitar fácilmente colocando a la paciente en decúbito lateral izquierdo, o elevando la cadera derecha con una almohadilla o cuña.
- *Cambios electrocardiográficos.* Los cambios electrocardiográficos están sujetos a la influencia del desplazamiento en sentido anterior, hacia arriba y hacia la izquierda del corazón por el útero en crecimiento. Así lo demuestra una desviación del eje eléctrico del QRS de aproximadamente 15° hacia la izquierda, así como el aplastamiento o inversión de las ondas T en la derivación III.
- *Dilatación y relajación de la musculatura vascular.* Esto ocasiona el estasis venoso sobre todo en miembros inferiores; este hecho es importante a la hora de fijar la

paciente a la camilla o cuando se ejerce una presión excesiva sobre los miembros por el consiguiente riesgo de trombosis.

- *Hipervolemia fisiológica.* El volumen sanguíneo circulante aumenta un 50% durante la gestación para que la mujer tolere de forma fisiológica la pérdida hemática del parto sin demostrar signos clínicos y pueda a la vez atender los cambios generados por el lecho placentario. Los signos clínicos de hemorragia solo aparecen después de una pérdida del 30% del volumen circulante.
- *Frecuencia cardiaca materna aumentada.* La frecuencia cardiaca aumenta con el embarazo: de 15 a 20 latidos/minuto, hay que tener cautela en la interpretación de taquicardia como signo de hipovolemia en embarazadas con traumatismo, aunque una frecuencia materna mayor de 100 latidos/minuto debe ser considerada anormal, especialmente en el tercer trimestre de embarazo.
- *Disminución de la presión venosa central.* En embarazos normales las presiones sistólica y diastólica caen unos 10 a 15 mmHg durante el segundo trimestre, aunque puede haber un aumento gradual hasta los valores previos a la gestación hacia el fin de esta.
- *Hemodilución sanguínea.* Hay una hipervolemia fisiológica o aumento del volumen circulante pero el número de hematíes no aumenta en la misma proporción, lo que explica la existencia en condiciones normales de hematocritos bajos al final del embarazo, por lo que la "anemia" por hemodilución, es un dato fisiológico normal en la embarazada. En el embarazo solo consideramos anemia si el valor es inferior a 10,5 g/dl, con el resto de los valores del hemograma normales.
- *Leucocitosis.* Los leucocitos tienden a aumentar siendo la media de 10.000 a 12.000 al final del embarazo y pudiendo aumentar con facilidad a 25.000 en respuesta a una situación de estrés. La mujer embarazada se está preparando para una situación de hemorragia y probable infección, como es el parto. Valores de 15.000 leucos no tiene porqué ser patológico durante el embarazo. Es más alarmante el hecho contrario, la leucopenia durante la gestación.
- *Modificaciones en los factores de coagulación.* Algunos factores de coagulación están aumentados, de tal forma que el embarazo se convierte en un estado de cierta hipercoagulabilidad. Estos cambios, juntos con el estasis venoso en la última parte del embarazo, colocan a la mujer embarazada ante un mayor riesgo de presentar una trombosis venosa.

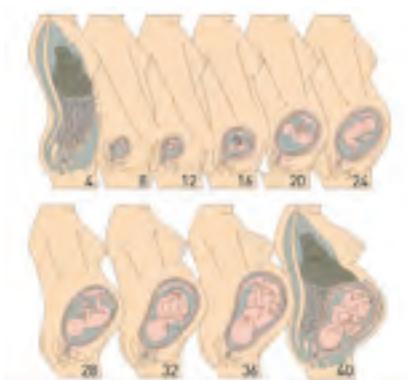
- *Volumen pulmonar residual disminuido.* En la mujer embarazada disminuye la tolerancia a la hipoxia y a la apnea a causa de la disminución de su capacidad residual funcional y del aumento de la pérdida renal de bicarbonato. La acidosis se desarrolla con mayor rapidez en la mujer gestante que en la que no está.
- *Disminución de la motilidad gástrica.* Los altos niveles de progesterona producidos por el embarazo relajan la musculatura lisa gastrointestinal y producen disminución de la motilidad gástrica y relajación del esfínter del cardias; esto hace que aumente el tiempo de vaciamiento del contenido gástrico. En consecuencia, siempre que la cabeza de la mujer embarazada inconsciente esté en un plano más bajo que el estómago o si se aplica presión sobre el abdomen aumenta el riesgo de regurgitación del contenido gástrico y broncoaspiración. La posición de seguridad y la permeabilidad de la vía aérea en la gestante es fundamental.
- *Desplazamiento cefálico de las vísceras abdominales y del intestino.* Las lesiones intestinales se producen con menor frecuencia durante el embarazo debido a que el útero aumentado de tamaño les sirve de escudo.
- *Distensión de la pared abdominal.* El útero en crecimiento distiende la pared abdominal como consecuencia y disminuye la sensibilidad a la irritación peritoneal secundaria a un traumatismo abdominal.
- *Desplazamiento de la vejiga.* En el tercer trimestre la vejiga distendida se convierte en un órgano abdominal, con lo que aumenta el riesgo de lesiones y rotura.
- *Dilatación y enlentecimiento de los uréteres.* En la gestación se produce una dilatación y una disminución del tono de los uréteres. Este factor junto con el reflujo vesicouretral, muy frecuente en la gestación, aumentan las posibilidades de una infección secundaria al sondaje uretral
- *Aumento del flujo plasmático renal un 80% y del filtrado glomerular en un 50%.*

2. BIOMECÁNICA

La biomecánica intenta definir los mecanismos lesionales en el accidente de tráfico. En el caso de la gestante el riesgo vital del feto supera al de la madre, pero el efecto del traumatismo está influenciado por varios factores:

1. Edad gestacional.
2. Gravedad del accidente.
3. Localización del traumatismo (abdominal, torácico, miembros superiores o inferiores, cabeza).
4. Tipo de traumatismo (directo, desaceleración, punzante...).

La *edad gestacional* influye como consecuencia de los cambios anatómicos provocados por el crecimiento uterino, el riesgo de morbimortalidad fetal aumenta conforme avanza la edad gestacional. Con menos de 16 semanas el riesgo de aborto es menor, debido a que el feto se localiza durante este periodo en la profundidad de la cavidad pélvica muy protegido por los huesos de esta cavidad. A mayor edad gestacional, el útero gestante con el feto y la placenta se encuentra en la parte superior de la cavidad pélvica en el abdomen y son más susceptibles a los efectos del traumatismo directo, asimismo, la desaceleración brusca, aún sin traumatismo directo sobre el abdomen, es mucho mayor cuanto más avanzado esté el embarazo.



La *gravedad del accidente* está relacionada directamente con las lesiones severas o muerte materna, pero en el caso de las embarazadas, hasta los traumatismos menos graves se asocian con numerosas complicaciones del embarazo como hemorragia materno-fetal, desprendimiento de placenta, muerte fetal y parto pretermo.

La *localización y tipo* de traumatismo en el caso de las embarazadas influye claramente en el pronóstico materno y fetal. Las fracturas pélvicas maternas pueden provocar desgarro vesical, uretral y vaginal con mucha más frecuencia que en la mujer no gestante. Los accidentes de tráfico, incluso sin traumatismo directo, pueden provocar

lesiones uterinas, y son más frecuentes a partir del tercer mes de gestación cuando el útero sobrepasa la cavidad pélvica y queda desprotegido. El útero es una zona hipervascularizada en la gestación y por otro lado va adelgazando su pared muscular, esto hace que sea más sensible a la rotura y a la hemorragia masiva. Los traumas penetrantes producen con menos frecuencia lesiones viscerales maternas, pues el útero las protege, tanto más cuanto más avanzado esté el embarazo, aunque proporcionalmente el pronóstico fetal sea mas ominoso. Los traumas cerrados producen un aumento brusco y violento de la presión intrauterina que a su vez son amplificados por la cámara fetal con resultados muy graves para el futuro feto aunque con menor compromiso materno. En el traumatismo abdominal cerrado se puede producir estallido del bazo, lesión renal, laceración hepática, e incluso rotura de paquetes vasculares importantes por arrancamiento (como rotura de las mesentéricas o esplénicas).

3. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA GESTANTE ACCIDENTADA

Las prioridades del tratamiento en la embarazada traumatizada siguen siendo las mismas que para la no embarazada. Primero hay que reanimar y estabilizar a la madre y segundo controlar al feto. El mejor tratamiento para el feto es tratar y estabilizar correctamente a la madre.

El tipo de trauma, su génesis y desarrollo juntamente con la situación clínica, nos permite establecer una correlación diagnóstico-terapéutica de indudable interés para su estabilización. Las heridas penetrantes abdominales aumentan el riesgo de lesión uterina y muerte fetal, pero disminuyen el riesgo de lesión visceral materna. Los accidentes cerrados, aumentan la mortalidad fetal, pero disminuyen la mortalidad materna.

Los cuidados posteriores a la estabilización que tiene que recibir la embarazada que sufre un traumatismo, son diferentes debido a la necesidad de proporcionar atención al segundo paciente: el feto.



En los accidentes de tráfico la gestante sufre la misma afectación que cualquier otro ocupante del vehículo, y lo más frecuente es que nos encontremos ante un politrauma y afectación sistémica de la embarazada (fractura de huesos largos, fracturas de

costillas, traumatismos craneoencefálicos, roturas viscerales, etc.). En todos ellos se aplicaran los preceptos generales de Soporte Vital Avanzado Traumatológico (SVAT).

En la embarazada es más frecuente la hemorragia retroperitoneal y se da fundamentalmente en traumatismos importantes de la pelvis. Hay que pensar siempre en esta posibilidad, ante una paciente que entra en shock hipovolémico con poca manifestación de sangrado externo y sin sospecha de sangrado visceral intraabdominal. Como secuelas de una fractura o traumatismo en la pelvis, puede quedar deformidades en el canal del parto que obstaculicen el trabajo de parto, hecho del que debe ser siempre informada.

En los casos de rotura uterina, la paciente debe ser trasladada urgentemente para una laparotomía urgente y evitar su muerte por hemorragia uterina.

Para la valoración del traumatismo, si es preciso, se puede y debe realizar un estudio radiológico completo. En el segundo y tercer trimestre no suponen ningún riesgo excepcional para el feto. En el primer trimestre, especialmente las primeras semanas de embarazo, puede provocar alteraciones pero tiene habitualmente un efecto de "todo o nada" sobre el desarrollo embrionario y sería aconsejable valorar la protección de la zona abdominal si la gravedad de la paciente lo permite.

Se realizará siempre a toda embarazada accidentada una determinación de Grupo y Rh, y se administrará Gammaglobulina anti-D, en un plazo no superior a 72 horas.

En presencia de hemorragia activa, la embarazada, es capaz de mantener los signos vitales durante un periodo de tiempo más prolongado, debido a que dispone de un mayor volumen circulante, sin embargo, eso no garantiza una situación hemodinámica estable, antes bien puede pasar de forma brusca a una situación grave de shock sin pródromos previos, con aparición de CID muy difícil de revertir.

Hay que conocer, que el estado clínico materno puede verse agravado por la presencia de una coagulación intravascular diseminada (CID), ya que el traumatismo sobre las membranas placentarias puede liberar factores de coagulación que desencadenan el cuadro. Asimismo, pueden presentar de forma brusca un cuadro de Insuficiencia respiratoria difícilmente reversible, desencadenado por una embolia de líquido amniótico.

El traumatismo en un accidente de tráfico, incluso no grave, puede inducir el parto, así como una serie de patologías derivadas, que hay que tener en cuenta y avisar a la paciente, pues pueden no manifestarse de forma inmediata:

- Aborto
- Parto pretermito
- Desprendimiento brusco de placenta normo inserta (*Abruptio placentae*)
- Parto de feto muerto (aunque una valoración inicial fuera normal)
- Lesión uterina importante (rotura uterina)
- Dinámica uterina aumentada
- Parto pretermito
- Hipertonía uterina. Es un aumento de base del tono del miometrio uterina y conlleva a hacer el diagnóstico diferencial con un DPPNI
- Rotura prematura de membrana (RPM)

4. ACTUACIÓN POR LOS EQUIPOS DE EMERGENCIAS

Aunque las pautas de valoración y manejo de la mujer embarazada son iguales a otra paciente no gestante con traumatismo, requieren conocimientos y habilidades especiales del equipo de emergencias. Solo cuando la mujer esté estable se procederá a la valoración fetal y su viabilidad.

Es prioritario colocar a la paciente en decúbito supino izquierdo, las embarazadas de más de 20 semanas de gestación deben colocarse en posición lateral de seguridad, con inclinación lateral izquierda para optimizar el flujo de sangre útero-placentario y prevenir la hipotensión por compresión aorto-cava. En el caso de que la inmovilización céntrico-dorsal deba efectuarse con una tabla espinal larga en toda su longitud, esta deberá mantenerse levemente inclinada sobre la izquierda mediante la colocación de almohadillas o mantas en la cadera derecha.

Si es necesario puede emplearse metoxamina. Se pueden utilizar ansiolíticos y analgesia para combatir el dolor intenso como consecuencia del traumatismo. Evitar el uso de inotrópicos para no comprometer el flujo sanguíneo fetal.

Si la madre ha quedado atrapada como consecuencia del accidente los esfuerzos salvadores en ningún caso pueden esperar a liberarla y aun en el lugar, se le estabilizará la vida aérea y se perfundirán líquidos con generosidad. La atención en los primeros momentos marcarán la viabilidad de la madre y por tanto, del feto.

La dificultad respiratoria será tratada con ventilación mecánica precoz *in situ*, el soporte hemodinámico se asegurará con una o dos vías y la infusión rápida de cristaloideos en primera instancia.

Si los parámetros anteriores son adecuados una analgesia cuidadosa con (Midazolán + Morfina) dará confort a la madre, estabilizará al feto y tranquilizará al equipo de rescate.

Si existe indicación para la inserción de un tubo torácico, la toracentesis se efectuará en el tercer o cuarto espacio intercostal, teniendo en cuenta que en la gestante el diafragma está ascendido en unos cuatro o cinco centímetros.

El shock en la embarazada es el riesgo más grave para la madre y el feto, la hipovolemia se tratará agresivamente con soluciones Ringer o fisiológico en espera de efectuar transfusión con la mayor precocidad posible.

El pantalón antishock puede ser un complemento en la reperfusión usando solo comprensión en los miembros inferiores y absteniéndose del uso de la cámara abdominal que podría comprometer el flujo útero-placentario.

Se planificará su traslado a un centro hospitalario que cuente con urgencias obstétricas, y a ser posible, una unidad de neonatos de alto nivel asistencial, por si tuviese que ser extraído un feto prematuro o en malas condiciones que precise asistencia en UCI neonatal o incluso cirugía pediátrica urgente.

5. ACTUACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Se procederá a reevaluar a la paciente en su conjunto optimizando el soporte asistencial y planificando una asistencia dirigida a una estabilización definitiva y a los procedimientos diagnósticos complementarios. Se avisará al Servicio de Urgencias Obstétricas.

La canalización de la vía femoral se evitará ya que la obstrucción parcial de la vena cava por el útero limita el flujo y por tanto la eficacia de la administración de fármacos y fluidos.

Para una valoración secundaria se emplearán los recursos adecuados según la edad gestacional. La ecografía y la monitorización fetal son recursos diagnósticos que nos van a confirmar el bienestar fetal. En gestantes de más de 20 semanas, se realizará

siempre monitorización cardiotocográfica durante largo tiempo para valorar el bienestar fetal y la dinámica uterina.

Se valorará siempre la presencia sangre o de líquido amniótico en vagina.

La actuación obstétrica a seguir dependerá del estado materno-fetal y de la madurez fetal. Siempre que sea posible se intentará continuar con la gestación, para una finalización normoevolutiva. En caso de APP (Amenaza de Parto Prematuro), se seguirá el protocolo habitual, siempre y cuando se haya descartado sangrado alguno.

En caso de fracaso de las maniobras de resucitación materna, signos de compromiso fetal importante, con un feto posiblemente viable, mayor de 24 semanas, se realizará una cesárea urgente lo antes posible para incrementar las posibilidades de supervivencia fetal.

En caso de alta hospitalaria, se avisará de realizar reposo relativo durante 24-48 horas, acudiendo a urgencias ante las incidencias ya informadas (sospecha de salida de líquido amniótico, sangrado genital, dolor abdominal, contracciones uterinas que no cesan, dolor abdominal, movimientos fetales ausentes o muy marcados).

6. PREVENCIÓN

El Real Decreto 965/2006, de 1 de septiembre, por el que se modifica el Reglamento General de Circulación, aprobado por Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, establece la obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad y de los dispositivos de retención y sus exenciones. Siendo obligado el uso del cinturón durante el embarazo, salvo aquellas personas provistas de un certificado de exención por razones médicas graves o discapacitadas. Este certificado deberá ser presentado cuando lo requiera cualquier agente de la autoridad responsable del tráfico, deberá expresar su período de validez y estar firmado por un facultativo colegiado en ejercicio. Deberá, además, llevar o incorporar el símbolo establecido por la normativa vigente.

Aunque, en general, la mujer usa el cinturón de seguridad con más frecuencia que el hombre, durante la gestación tiende a utilizarlo menos bajo la creencia errónea de que puede generar lesión fetal o muerte en caso de colisión. Muchas mujeres creen que el cinturón de seguridad les va a perjudicar.

Los estudios de investigación, sobre mortalidad y lesiones acaecidas en accidentes de tráfico en mujeres embarazadas, concluyen que la utilización incorrecta del cinturón

de seguridad puede aumentar los efectos graves sobre el embarazo, pero lógicamente afirman que su no utilización provoca un aumento en la mortalidad materna, y por lo tanto, también fetal.

Para el uso adecuado del cinturón de seguridad, se debe enseñar a que la banda pélvica (cinta horizontal) no debe ir situada nunca sobre el vientre, ya que, en caso de accidente, el peso de la madre y presión del cinturón provocarían daños para el feto. La forma correcta es colocar la banda pélvica sobre los muslos, a la altura de las ingles, y por debajo del abdomen –recientemente ha salido al mercado un dispositivo que permite adecuar la posición del cinturón al abdomen grávido en la posición descrita– y la banda superior, entre los senos.



CORRECTO

INCORRECTO

Las embarazadas deben abrocharse el cinturón de seguridad en todos los asientos del vehículo siguiendo unas normas muy sencillas:

- *La banda inferior.* Por debajo del abdomen, ajustándose lo máximo posible a la parte ósea de las caderas; nunca por encima de la barriga.
- *La banda diagonal.* Sobre el hombro, sin rozar el cuello, entre las mamas, sin apoyarse en ninguna de ellas y rodeando el abdomen.
- *Sin holguras.* Ninguna de las bandas del cinturón debe quedar holgada.
- *Alternativas.* Dispositivos tipo cojín, cojín con isofix o chaleco para embarazadas (ejemplo: Chaleco Emobikids).



El airbag no debe desactivarse cuando la ocupante esté embarazada. Es más recomendable regular la distancia del asiento respecto al volante o salpicadero del vehículo para reducir el riesgo de colisión.

En relación a los desplazamientos largos se aconseja:

1. Usar un cojín en la zona lumbar, para evitar el dolor de espalda.
2. Evitar las irregularidades de la calzada, evitar las frenadas bruscas y desplazamientos violentos.
3. Realizar paradas cada 2 horas.
4. Extremar las precauciones pues durante el embarazo la capacidad de conducción se puede ver mermada debido a los cambios fisiológicos propios de la gestación (retención de líquidos, cambios hormonales y de nivel de azúcar, alteración de la visión, etc.).
5. A partir de la semana 30 del embarazo se aconseja viajar acompañada.
6. Después de una cesárea se debería esperar unos 45 días en volver a conducir, por las molestias propias.

7. CONCLUSIONES

Según las propias recomendaciones de la DGT: “El correcto uso del cinturón de seguridad durante el embarazo reduce el número de fallecimientos y la severidad de las lesiones en la madre y el feto”, asegura Juan Carlos González Luque, jefe de la Unidad de Coordinación de la Investigación de la DGT. Afirmación que comparten todos los expertos para los que la regla de oro es abrochárselo –además es obligatorio (artículo

117 del Reglamento General de Circulación)– y ajustárselo adecuadamente (nunca cruzando el abdomen, ni apoyándose en las mamas). Y por supuesto, no seguir los trucos y consejos, tipo “ponte un cojín entre la tripa y el cinturón para que no te oprima”, que se pueden encontrar en foros y debates en la Red. Las consecuencias más graves de un accidente de tráfico para una embarazada pueden ir desde el fallecimiento al desprendimiento de placenta, hemorragias, aborto, parto prematuro, lesiones fetales... Además, el riesgo de parto prematuro se multiplica por dos durante las 48 horas siguientes al accidente. Por ello, si una embarazada ha sufrido un accidente, por leve que sea, los médicos aconsejan informar al ginecólogo lo antes posible, para descartar complicaciones. En el mercado existen varios dispositivos que ayudan a colocarse correctamente el cinturón.

En la evaluación y atención de emergencia, solo cuando la mujer esté estable se procederá a la valoración fetal y su viabilidad.

Incluso en casos de traumatismo materno aparentemente leve y sin afectación abdominal, pueden producirse problemas materno-fetales (incluso la muerte fetal) por lo que es necesaria la hospitalización de la mujer para vigilancia y valoración del bienestar materno-fetal.

El embarazo no debería limitar las actividades habituales, como por ejemplo conducir, de hecho es una situación en la que se encontrarán las mujeres conductoras en algún momento de su vida.

No obstante, durante el segundo y, especialmente, en el tercer trimestre del embarazo se producen cambios del volumen abdominal que influyen en la conducción, por la disminución de espacio con el volante y la dificultad en el uso de los pedales.

La correcta colocación de cinturón de seguridad debe situar la banda diagonal sobre la clavícula, entre las mamas y rodeando el abdomen, nunca por delante del abdomen. Es muy importante evitar oprimir el vientre, pues de lo contrario se podría dañar al feto. Pero no llevar el cinturón holgado, sino a la presión generada por su propio mecanismo.

Usar los cinturones tanto en las plazas delanteras como en las traseras.

4. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) POSTRAUMÁTICO. CRITERIOS DE CAUSALIDAD

Antonio Hernando Lorenzo

Médico especialista en Medicina
Intensiva y Cardiología

Quiero, ante todo, expresar mi agradecimiento a los organizadores de las Jornadas, y especialmente al Javier Alonso, así como a Fundación MAPFRE, la confianza que me han mostrado al invitarme a participar en esta Jornada.

Quiero también agradecer su inestimable colaboración Ferreol García-Nieto Gómez-Guillamón por su aportación documental y acertados comentarios y a los médicos, enfermeras, auxiliares de clínica y celadores de los servicios de Cardiología y Medicina Intensiva –Unidad Coronaria– del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, por su ayuda y trabajo diarios.

Espero que mi intervención les sea de utilidad y quedo a su disposición para cualquier comentario, duda o cuestión que quieran plantearme.

1. INFARTO DE MIOCARDIO (IAM) TRAUMÁTICO. CRITERIOS DE CAUSALIDAD

Entre los traumatismos torácicos cerrados, los traumatismos cardíacos suponen lesiones con frecuencia graves, con un riesgo vital potencial alto.

La contusión cardíaca constituye en la actualidad la causa más frecuente de muerte entre los traumatizados en accidentes fatales por lesiones viscerales que pasan inadvertidas (Walt A J. "The early care of the injured patient". Am. Coll. of Surg. Philadelphia: W.B. Saunders, 1982:137).

Desde que Beck, en 1935, describió el fenómeno de la contusión cardíaca muchos estudios científicos han analizado la patología, diagnóstico y tratamiento de los traumatismos cardíacos no penetrantes. En base a su posición anatómica entre el esternón y las vértebras torácicas, el corazón está expuesto a cualquier impacto súbito sobre el esternón así como a fuerzas de compresión aplicadas sobre el tórax.

Las lesiones cardíacas varían desde las más leves, como es la concusión o *commotio cordis* hasta la ruptura. Comparada con la contusión, la concusión se caracteriza por ausencia de daño celular en el miocardio, ya que causa daño funcional, mientras que la primera ocasiona daño estructural. No obstante, ambas pueden ser ocasionadas por mecanismos lesivos similares.

La contusión cardíaca es una lesión concomitante en traumatismos contusos, no penetrantes, sobre el tórax y frecuentemente es un trastorno benigno. La mayor parte de las contusiones cardíacas son consecuencia de accidentes de tráfico.

Estas lesiones varían desde los pacientes que presentan desgarros anatómicos graves hasta los que sólo manifiestan arritmias cardíacas después del accidente (Fabian TC. *“Myocardial contusion in blunt trauma: clinical characteristics, means of diagnosis and implications for patient’s management”*. Trauma 1988; 28(1):50).

Aunque estas contusiones fueron descritas ya desde el siglo XVIII, no fue hasta la epidemia actual de traumatismos torácicos (en relación con los accidentes de automóviles) en que esta entidad acaparó la atención de los cirujanos.

Hoy día constituye una entidad clínica probada histológicamente en animales de experimentación sometidos a traumatismos torácicos y su número se eleva por día cada vez que se tiene más información de ella (Beresky R, Klinger R, Peake J. *“Myocardial contusion: when does it have clinical significance?”* [Trauma 1988; 28:64.].

Estas lesiones son análogas a las contusiones pulmonares y se traducen por un hematoma con infiltración de sangre en el miocardio.

Por su localización anterior detrás del esternón, el ventrículo derecho suele ser el más afectado por este tipo de traumatismo, al producirse la compresión brusca e intensa del corazón entre el esternón o la pared torácica y la columna vertebral. El traumatismo indirecto en el tórax, provocado por la desaceleración rápida de los vehículos a grandes velocidades, representa un alto porcentaje de estas lesiones; también pueden producirse en caídas de alturas o por aplastamientos y golpes en el tórax.

La contusión miocárdica puede causar la muerte al determinar la producción de arritmias de diverso tipo –taquicardias ventriculares o fibrilación ventricular, bloqueos cardíacos avanzados, etc.–, pudiendo asociarse otros tipos de arritmias, tales como extrasístoles mono o bifocales, taquicardia sinusal inexplicable, fibrilación auricular, bloqueo de rama, etc., o puede producirse claramente un infarto.

Su frecuencia es variable, algunas estadísticas la destacan con el 9,4% de los traumatismos cerrados del tórax, (Paone RF, Peacock JB, Smith DL. *“Diagnosis in myocardial contusion”*. South Med J 1993; 86: 867), en el 15% de las autopsias por traumatismos, (Kissane RW. *“Traumatic heart disease”*. Circulation 1952; 6:421), en el 20% de los sujetos que sufren lesiones torácicas por aplastamiento y si fuesen monitorizados los pacientes que sufren traumatismos torácicos, los porcentajes podrían elevarse hasta el 76%.

Respecto al infarto agudo de miocardio (IAM) traumático, se han descrito diferentes causas tales como golpes sobre el tórax en situaciones deportivas (Alcocer GMA y cols. *“Infarto agudo de miocardio secundario a trauma cerrado de tórax”*, Rev Mex Cardiol 2014; 25 (2): 121-125, Vasudevan AR, Kabinoff GS, Keltz TN, Gitler B. *“Blunt chest trauma producing acute myocardial infarction in a rugby player”*. Lancet 2003; 362: 370, Iván Díaz y cols, *“Infarto agudo de miocardio debido a trauma cerrado de tórax”*, Acta Médica Colombiana, Vol. 32 N° 2 Abril-Junio 2007, 93-96.).

Aunque la causa mas frecuente son los accidentes de tráfico en vehículos motorizados y se producen de forma prácticamente única en la edad adulta, se han descrito en actividades algún caso en niños muy pequeños (Mores J., Cabana J. y cols, *“Infarto de miocardio secundario a trauma torácico en la primera infancia”*, Arch. argent. pediatr / 2001; 99 (1), 51-54)

Johannes L Bjørnstad, Johan Pillgram-Larsen, Theis Tønnessen, *“Coronary artery dissection and acute myocardial infarction following blunt chest trauma”*, World J Emerg Surg. 2009; 4: 14, refieren que en los traumatismo cerrados de tórax, una manifestación puede ser el infarto agudo de miocardio, por disección de una arteria coronaria.

Parmley LF, Manion WC, Mattingly TW. *Nonpenetrating traumatic injury of the heart*. Circulation. 1958;18:371-396, referían ya en un trabajo clásico sobre 546 casos de autopsia, por traumatismo cardíaco cerrado, 9 casos de rotura de arteria coronaria y un caso de desgarró de la íntima coronaria; en ninguno de los casos había obstrucción coronaria.

Se ha referido (Link M.S., Maron B.J. y cols., *“Impact directly over the cardiac silhouette is necessary to produce ventricular fibrillation in an experimental model of commotio”*

cordis”, J. Am. Coll. Cardiol., 2001; 37:649-54), que para golpes sobre el tórax de baja energía, con traumatismo no penetrante que produzca muerte súbita, el infarto debe producirse directamente sobre el corazón.

La iniciación de la fibrilación ventricular (FV) puede estar mediada por un incremento brusco e intenso de la presión intracardiaca. La prevención de la muerte súbita por golpes sobre el tórax durante deportes precisa que se diseñe un equipo protector que cubra todas las zonas de la pared torácica que están sobre el corazón, incluso durante movimientos corporales y cambios posicionales que pueden producirse con actividades atléticas. La muerte súbita por golpes sobre la pared torácica relativamente leves (*commotio cordis*) se ha descrito en la literatura médica desde finales de los años 70.

La *commotio cordis* se entiende como “una parada cardiaca instantánea” que es producida por golpes sobre el tórax con trauma no penetrante en ausencia de cardiopatía o una lesión morfológica identificable sobre la pared torácica o el corazón.

Aunque el infarto de miocardio secundario a traumatismo torácico cerrado se ha referido como posiblemente debido a espasmo coronario (Díaz-Mendez, Vásquez-Cortés J.A., “*Infarto del miocardio secundario al traumatismo torácico cerrado. Informe de un caso*”, Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2010; 18(5) 563-566), debería realizarse siempre estudio angiográfico (coronariografía) para descartar la existencia de lesiones arterioescleróticas que justificasen la producción del infarto.

Las arterias coronarias, pueden presentar desgarros, disecciones, fístulas, trombosis o espasmos, (Árbol Linde F, y cols., “*Aneurisma de Arteria Coronaria e Infarto Agudo de Miocardio Secundario a Traumatismo Torácico*”, Med. Intensiva 2000; 24: 278-280), que pueden ser difíciles de diagnosticar, debiéndose recurrir al estudio necrópsico en determinados casos, (Ledley G., Yazdanfar S. y cols., “*Acute thrombotic coronary occlusion secondary to chest trauma treated with intracoronary thrombolysis*”, Am. Heart J., 1992; 123(2):, 518-521).

Puede producirse oclusión coronaria con la producción de infarto de miocardio tras el traumatismo cerrado de tórax, siendo las causas más frecuentes de infarto de miocardio asociadas al trauma, los accidentes de tráfico (alrededor de las 2/3 partes) y los accidentes deportivos (algo más del 15%).

El infarto agudo de miocardio secundario a trauma torácico es una entidad rara. Christensen MD, Nielsen PE y Sleight P., “*Prior blunt chest trauma may be a cause of single vessel coronary disease; hypothesis and review*”, Int. J. Cardiol., 2006; 108(1): 1-5),

refirieron 77 casos de infarto agudo de miocardio y 1 de angina de pecho después de producirse traumatismo cerrado de tórax, ocurridos entre 1974 y 2005.

Se cree que en muchas ocasiones el origen de la isquemia miocárdica es el espasmo coronario sobre una lesión ateromatosa previa en un paciente con gran componente de estimulación adrenérgica, (Echevarría JR, San Román A., *"Evaluación y tratamiento de los traumatismos cardiacos"*, Rev. Esp. Cardiol. 2000; 53(5): 727-735).

La diferencia anatomato-patológica entre una contusión cardiaca y un infarto es el territorio adyacente: en la contusión es normal mientras que en el infarto existe una zona de transición isquémica entre la necrosis y el tejido sano. Desde el mismo modo, en una contusión la necrosis tiende a ser anfractuosa, con cicatrización irregular, mientras que en el infarto, la necrosis presenta características más regulares con fibrosis generalizada (Parmley, LF, Manion WC *"Non penetrating traumatic injury of the heart"*, Circulation, 1958; 18(3): 371-396).

La afectación coronaria suele localizarse en la arteria descendente anterior, principalmente cerca de su origen, y es la responsable del 66% de infartos de miocardio post-traumáticos, afectándose la coronaria derecha en un 25% y la circunfleja en alrededor de un 9% (Hilgenberg AD, Austen WG *"Traumatismo del corazón y grandes vasos"*, en Eagle KA, Haber E, DeSanctis RW, Austen WG, editores. La práctica de la cardiología, Normas del Massachusetts General Hospital. 2ª Ed., Panamericana, 1991).

Entre los posibles mecanismos involucrados en el trauma cardiaco y coronario están el proceso repentino de aceleración/desaceleración y el incremento de la presión intratorácica, que produce fuerzas de fricción sobre la arteria coronaria y consecuente desgarro de la íntima del bazo, agregación plaquetaria y trombosis intracoronaria (Banzo I., Montero A y cols, *"Coronary artery occlusion and myocardial infarction: a seldom encountered complication of blunt chest trauma"*. Clin. Nucl. Med., 1999;24(2), 94-96, o la complicación de una placa ateromatosa preexistente ((Marcum JL, Booth DC, Sapin PM. *"Acute myocardial infarction caused by blunt chest trauma: successful treatment by direct coronary angioplasty"*. Am Heart J 1996; 132:1275-7).

Oliva PB, Hilgenberg A., McElroy D., *"Obstruction of the proximal right coronary artery with acute inferior infarction due to blunt chest trauma"*, Ann Intern Med. 1979 Aug; 91(2):205-7, refieren dos pacientes que desarrollaron un IAM transmural debido a una obstrucción grave de la arteria coronaria derecha proximal tras traumatismo torácico cerrado.

Ninguno tenía historia de cardiopatía isquémica y ambos tenían una arteria coronaria izquierda arteriográficamente normal. En un paciente se produjo la resolución significativa de la obstrucción subtotal en tres meses.

Los mecanismos sugeridos de oclusión de arteria coronaria son un desgarro de la íntima o una hemorragia subintimal con trombosis luminal o ambos. El espasmo y la agregación plaquetaria pueden contribuir.

A pesar de un gran número de accidentes de tráfico la obstrucción de la arteria coronaria derecha debido a traumatismo torácico cerrado no se había descrito previamente hasta esta fecha (1979). Esto sugiere que hubiera podido pasar desapercibida y debe sospecharse especialmente en personas con lesiones sobre la zona esternal y un infarto agudo de miocardio.

La oclusión de la arteria coronaria derecha tras traumatismo torácico cerrado, aunque infrecuente, ha sido descrita posteriormente, incluso recientemente (H. Kara; A. Avci y cols. "*Blunt chest trauma as a cause of acute myocardial infarction*", Acta Clin. Belg. Vol. 69, nº 5, Oct. 2014, 367-370), asociándose como en este caso a fractura esternal, contusión pulmonar en lóbulo superior izquierdo, y consolidación en ambos lóbulos inferiores, sugerente de contusión pulmonar bilateral, con hemotórax bilateral.

El electrocardiograma mostraba imagen de infarto agudo de miocardio inferior con elevación del segmento ST con derivaciones inferiores (II, III y aVF) y depresión del segmento ST en derivaciones I, aVL).

Una angiografía coronaria urgente mostró oclusión ostial de la arteria coronaria derecha; tras el pase de la oclusión de la arteria coronaria derecha con una guía metálica, se observó disección de la arteria coronaria derecha tratada con balón y stent, reestableciéndose un flujo normal.

Se destaca la importancia de un alto índice de sospecha de existencia de lesión arterial coronaria e infarto agudo de miocardio tras el traumatismo torácico cerrado.

Gustavsson CG, Albrechtsson U y cols., "*A case of right coronary artery occlusion, caused by blunt chest trauma and treated with acute coronary artery bypass surgery*", Heart J. 1992 Jan;13(1):133-6, habían descrito en 1992 el caso de un varón de 37 años con oclusión de arteria coronaria derecha tras accidente de bicicleta con traumatismo torácico cerrado sobre la escápula izquierda.

La angiografía mostró lesión en arteria coronaria derecha tras observarse elevación del segmento ST en el electrocardiograma, y a pesar de ser tratado quirúrgicamente con éxito con revascularización efectiva, el paciente desarrolló un infarto de miocardio inferior (IAM) transmural.

Se refiere que la oclusión de arteria coronaria tras traumatismo torácico cerrado es rara, especialmente la oclusión de la arteria coronaria derecha; cuando se produce, el impacto es generalmente frontal (accidente de automóvil) y no dorsal como en este caso.

Los autores refieren que según su conocimiento este fue el primer caso de cirugía de bypass en situación de isquemia transmural aguda.

Se han descrito otros casos de lesión de arteria coronaria derecha tras trauma cerrado de tórax (J.D. Adler, T.M. Scalea "Right coronary artery dissection after blunt chest trauma", *Injury Extra* 41 (2010) 77-79), habiéndose descrito la utilidad de la revascularización así como del estudio intravascular de la lesión, (Moreno R., Pérez del Todo J. y cols., "Primary stenting in acute myocardial infarction secondary to right coronary artery dissection following blunt chest trauma. Usefulness of intracoronary ultrasound", *International Journal of Cardiology*, Vol. 103, No. 2, 18 Aug. 2005, Pag. 209-211).

Pifarré R, Crico J y cols., "Acute coronary artery occlusion secondary to blunt chest trauma", *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1982 Jan;83(1):122-5, habían descrito en 1982 dos casos de pacientes que habían sufrido infarto agudo de miocardio transmural por oclusión completa de la arteria coronaria izquierda proximal post-traumatismo torácico cerrado.

Uno desarrolló rotura de septo ventricular con aneurisma ventricular y el otro un aneurisma ventricular agudo, ambos cursando con insuficiencia cardiaca congestiva; ninguno tenía historia de cardiopatía isquémica y ambos tenían arteria coronaria derecha y circunfleja normales en la arteriografía. Un desgarro de la íntima o una hemorragia subintimal con trombosis luminal, o ambos, son los mecanismos sugeridos de oclusión de la arteria coronaria.

Ambos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente con éxito; al primer paciente se le realizó cierre de la comunicación interventricular y resección del aneurisma ventricular; la arteria coronaria izquierda volvió a situación normal y no precisó injerto aortocoronario.

Al segundo paciente se le realizó arteriotomía de la arteria descendente anterior con embolectomía con catéter de Fogarty y bypass aortocoronario combinado con resección del aneurisma ventricular.

Christensen MD, Mielsen PE y Sleight P, refieren en 2006, "*Prior blunt chest trauma may be a cause of single vessel coronary disease; hypothesis and review*", Int. J. Cardiol., 2006; 108(1): 1-5), que tras una búsqueda en Medline por traumatismo torácico cerrado e isquemia miocárdica, encontraron 77 casos describiendo infarto agudo de miocardio tras traumatismo torácico cerrado pero solo uno refiriendo angina de pecho.

Los autores se enfocaron sobre la edad y distribución por sexo, el tipo de traumatismo, los hallazgos angiográfico y el intervalo de tiempo entre el traumatismo y la angiografía. La distribución de edad fue atípica, comparada con el infarto agudo de miocardio en general; 82% de los pacientes con infarto agudo de miocardio tras traumatismo torácico cerrado tenían menos de 45 años de edad y sólo el 2,5% más de 60 años.

El traumatismo más frecuente fué en accidentes de tráfico y la arteria coronaria izquierda descendente anterior fue el vaso más frecuentemente afectado. La angiografía mostró 12 casos con vasos completamente normales que habían podido ser debido el infarto agudo de miocardio a infarto o recanalización. Otros 31 casos mostraron oclusión sin arterioesclerosis que sugería fuertemente una relación causal entre el traumatismo y la oclusión consiguiente. Parece probable que un daño menor pueda llevar a una estenosis a largo plazo y los autores sospechan que esta secuencia está generalmente poco mencionada y referida en la literatura médica, lo que podría tener implicaciones médico legales.

Por lo tanto el infarto agudo de miocardio debe ser considerado en pacientes que sufren dolor torácico tras traumatismo torácico cerrado y debido a que el infarto agudo de miocardio traumático podría ser a menudo ser resultado de un desgarró o diseción de la íntima, el tratamiento trombolítico podría empeorar la situación por lo que debe ser considerado como método preferible de actuación la intervención coronaria percutánea, como ha sido referido recientemente (Xue Li, Yonghong Lei, Qiangsun Zheng, "*Case Report: Myocardial Infarction Caused by Coronary Artery Dissection due to Blunt Injury: Is Thromboaspiration an Appropriate Treatment?*", Hellenic J Cardiol 2014; 55: 61-64).

Oren A, Bar-Shlomo B, Stern S "*Acute coronary occlusion following blunt injury to the chest in the absence of coronary atherosclerosis*", Am Heart J. 1976 Oct; 92(4):501-5, describen en 1976 el caso de un paciente de 35 años que sufrió infarto de pared diafragmática transmural inmediatamente tras sufrir un traumatismo no penetrante en tórax.

Durante los meses siguientes se desarrolló una angina de pecho intensa y se realizó arteriografía coronaria; se demostró una oclusión completa de la arteria coronaria circunfleja a los 2 cms. distal a su origen y en contraste con la mayoría de casos publicados previamente, en este caso no se observaban signos de arterioesclerosis en otras arterias coronarias; debe ser asumido por tanto, que el traumatismo cerrado puede inducir oclusión coronaria completa con infarto, incluso en sujeto con arterias coronarias normales.

Goktekin O, Unalir A, y cols, "*Traumatic total occlusion of left main coronary artery caused by blunt chest trauma*", *J Invasive Cardiol.* 2002 Aug; 14(8):463-5, describen el caso de un paciente varón de 36 años que sufrió un infarto de miocardio anterolateral mortal tras una lesión torácica cerrada sufrida en un accidente de tráfico con un automóvil. Las lesiones de las arterias coronarias asociadas al traumatismo torácico cerrado afectan predominantemente a la arteria descendente anterior; los autores refieren que es el primer caso de oclusión completa traumática del tronco principal de coronaria izquierda demostrado por angiografía coronaria.

Loss DM, MacMillan RM, Maranhao V "Coronary artery obstruction due to blunt chest trauma with residual angina pectoris", *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1983; 9(3):297-301, refieren el caso de 41 años que desarrolló angina de pecho persistente tras traumatismo torácico cerrado; una coronariografía a los tres meses de lesión mostró 80% de oclusión de la arteria descendente anterior media; no había evidencia de arterioesclerosis en el resto de arterias coronarias.

S. J. Yoon y cols., "*Acute myocardial infarction caused by coronary artery dissection following blunt chest trauma*", *Yonsey Med. J.*, Vol. 44, nº 4, 736-739, 2003, refieren el caso de un paciente de 66 años que ingresó por disnea y dolor torácico y había sufrido unas 20 horas antes un traumatismo torácico cerrado tras accidente de tráfico.

Presentaba múltiples fracturas bilaterales (8ª y 9ª derechas y 6ª y 7ª izquierdas y derrame pleural y el ECG mostraba elevación del segmento ST en derivaciones V2 a V5 con ondas Q en derivaciones V1 a V5. Había elevación de la creatin-quinasa con una fracción MB positiva y una troponina elevada.

Un ecocardiograma mostraba una fracción de eyección ventricular izquierda deprimida -del 40%- y aquinesia de segmentos anterior y anteroseptal desde la base al ápex, siendo los resultados de una gammagrafía con talio 201 consistentes con un infarto agudo de miocardio anterior. La coronariografía mostró un estrechamiento excéntrico y discreto del 50% en el ostium de la arteria descendente anterior que parecía deberse

a un flap disecado; se realizó ecografía intracoronaria que mostró una placa calcificada excéntrica con disección en el ostium de la descendente anterior.

Permaneció hemodinámicamente estable; fue tratado con losartan y aspirina durante 2 años; una coronariografía de control a los 2 años mostró un estrechamiento luminal excéntrico del 20% en la arteria descendente anterior proximal desde el ostium con calcificación grave y curación completa de una disección previa. El ecocardiograma mostró una función sistólica ventricular izquierda ligeramente mejorada con una FE del 45% sin mejoría en las anomalías de contractilidad de pared regional (aquinesia de la pared anterior y anteroseptal desde la mitad del ventrículo izquierdo al ápex).

La ecografía intracoronaria (IVUS –Intravascular Ultrasound–), proporciona una visión transversal de una parte específica de la vascularización; es útil para detectar enfermedad arterioesclerótica coronaria leve o moderada valorando una lesión intermedia angiográficamente y una estenosis coronaria antes y después de la intervención con catéter. Las lesiones de arteria coronaria principal izquierda que a menudo son difíciles de cuantificar utilizando angiografía debido a la superposición de ramas, enfermedades difusas o a la localización ostial de la enfermedad son adecuadas idealmente a un estudio con IVUS.

Proporciona un método para describir y clasificar las características morfológicas de los vasos coronarios y los efectos de la angioplastia coronaria; esta información podría ser útil para determinar la estrategia más adecuada para tratar la disección, (Waller BF, Pinkerton CA y cols., *"Intravascular Ultrasound: a histological study of vessels during life. The new "gold standard" for vascular imaging"*. Circulation, 1992; 85:2305-10), lo que ha sido confirmado por otros autores (Morocutti G, Spedicato L, Vendrametto F, Bernardi G. *"Intravascular echocardiography (ICUS) diagnosis of post-traumatic coronary dissection involving the common trunk. A case report and review of the literature"*, G Ital Cardiol. 1999 Sep; 29(9):1034-7.

Aunque el método preferente para el diagnóstico es la angiografía coronaria, se han utilizado otros métodos diagnósticos como la ecografía transesofágica, (Cherng W, Bullard MJ, Chang HJ, Lin FC. *"Diagnosis of coronary artery dissection following blunt chest trauma by transesofageal echocardiography"*, J Trauma, 1995; 39(4):772-4), y muy recientemente la realización de angioTC. (Rodríguez-Santamarta M. y cols., Imagen en Cardiología, *"Hematoma coronario secundario a traumatismo torácico"*, Rev. Esp. Cardiol., 2015, Article in Press).

Se han descrito tratamientos combinados (Boland J, Limet R, Trotteur G, Legrand V, Kulbertus H. *"Left main coronary dissection after mild trauma: favorable evolution"*

with fibrinolytic and surgical therapies”, Chest 1988;93:213–4)., aunque actualmente el método habitual es la intervención coronaria percutánea, ya utilizada hace años (Ginzburg E, Dygert J, Parra-Davila E, et al. “*Coronary artery stenting for occlusive dissection after blunt chest trauma*”. J Trauma 1998; 45(1):157–61).

Aunque la lesión coronaria suele afectar a un solo vaso (Lee TB, Lee WZ. “*Blunt chest injury with traumatic dissection of right coronary artery*”, J Trauma 2002;53(3):617), se ha descrito también la afectación concomitante de arteria coronaria izquierda y derecho tras el traumatismo torácico cerrado (Mastroberto P, Di Mizio G, Colosimo F, Ricci P, “*Occlusion of left and right coronary arteries and coronary sinus following blunt chest trauma*”, J Forensic Sci. 2011 Sep;56(5):1349-51, en un paciente joven tras accidente de tráfico con activación de airbag. Sufrió un infarto agudo de miocardio extenso, de localización anterior e inferior, por oclusión de arteria descendente anterior y coronaria derecho; tras intento de coronariografía, los ostiums de ambas arterias no pudieron ser canulados probablemente por formación de trombos. El paciente falleció y la autopsia mostró hematomas epicárdicos que afectaban separadamente a arterias coronarias izquierda y derecha, y a seno coronario, sin signos de coronaria y/o aortica.

Los autores refieren que este es el primer caso de oclusión de ambas coronarias secundario a trauma torácico cerrado produciendo IAM en un joven sin signos previos de coronariopatía.

Ante la sospecha de lesión coronaria tras traumatismo torácico, se deben realizar las pruebas diagnósticas dirigidas a la confirmación/exclusión de la lesión, dada la potencial gravedad de la lesión, (Calvo Orbe L, Sobrino N, García Gallego F, Sotillo F, López Sendón JL, Coma I, et al. “*Infarto agudo de miocardio postraumático: necesidad de una actitud intervencionista precoz*”. Rev Esp Car-diol 1992; 45:288-92, para establecer el tratamiento oportuno.

En algún caso, la evolución del paciente tras la producción del IAM traumático, ha requerido trasplante cardíaco (C. Fleitas Quintero, R. Gómez Izquierdo, J.E. Cascallana de la Puente, R. M. Colino Nevot, A. García Fernández, M.G. Pazos González, “*Infarto de miocardio secundario a un traumatismo torácico cerrado que requirió trasplante cardíaco*”, Emergencias, 2002; 14:104-106).

Casos como ese, en relación con la nueva valoración de secuelas e indemnizaciones por lesiones derivadas de accidentes de circulación, que entrará en vigor, D.m. el 1 de enero de 2016, supondrían un concepto muy a tener en cuenta, por ej., en el capítulo de “gastos médicos futuros”.

En presencia de un traumatismo torácico, sobre todo en la zona precordial, se debe sospechar la existencia de una afectación cardíaca, lo que hará que se pongan en marcha procedimientos diagnósticos para su confirmación o exclusión (Ismailov RM, Ness RB, Weiss HB, Lawrence BA, Miller TR. *Trauma associated with acute myocardial infarction in a multi-state hospitalized population*. Int J Cardiol. 2005; 105(2):141, Sharma A., *Case report: Acute Myocardial Infarction related to blunt Thoracic Trauma: Review of literature with two case reports*, J Indian Acad Forensic Med, 32(2), 165-7), sobre todo si el lesionado es joven (Neda Behzadnia y cols., *Myocardial Infarction after Blunt Chest Trauma in Two Young Men*, Tanaffos (2007) 6(2), 77-79

Los traumatismos directos tóraco-externales, se valoran como secuelas con Infarto de miocardio postraumático derivado de traumatismo toraco-external (Código 04007, 10-20 puntos), y que cursan con Fracción de eyección disminuida (Códigos 04001-04004, 5-90 puntos) y que han precisado prótesis vasculares (stent) (Código 05018, 8-25 puntos).

Esta tipificación de secuelas facilita la valoración pericial del Infarto de miocardio postraumático respecto al anterior baremo, con el que era preciso una valoración individualizada.

En el Capítulo IV del nuevo baremo no está contemplada la contusión cardíaca como secuela. Los términos contusión cardíaca y contusión miocárdica, tan ampliamente usados en la clínica, son términos poco precisos y de difícil categorización, por no haber unanimidad ni en la definición del término ni en el diagnóstico del cuadro. En el nuevo baremo se usa un criterio más próximo a la clasificación de la American Association for Surgery of Trauma.

Es importante la diferenciación entre infarto de miocardio postraumático derivado de traumatismo toraco-external (Código 04007) del infarto de miocardio postraumático sin traumatismo toraco-external por desestabilización de estado anterior y presentado en un máximo de 72 horas desde la ocurrencia del accidente (Código 04008).

Ambos presentan distintos mecanismos de producción, presentación, diagnóstico, tratamiento y secuelas. La diferencia entre ellos, así como la diferencia entre si es IAM postraumático o no postraumático, se realiza según se establezca o no el nexo causal después del estudio en profundidad del tipo y presentación del accidente, las lesiones sufridas y la historia clínica, con los hallazgos diagnósticos y los antecedentes del lesionado. De esa forma se podrán valorar correctamente las secuelas.

Se ha visto que los pacientes ingresados por trauma torácico cerrado presentan un aumento de diagnósticos de IAM a su alta, con un aumento de riesgo; también se encontró mayor incidencia de IAM en lesionados de abdomen y pelvis.

La reconstrucción médica del accidente, debería ser capaz de explicar el mecanismo y forma de producción de la lesión cardíaca. Con los signos y síntomas del lesionado y con las pruebas complementarias, se establecerá el diagnóstico de infarto agudo de miocardio. El ECG inicial y luego seriado es de absoluta importancia en el diagnóstico. Se complementará con ecocardiografía y determinación de troponina. El mejor tratamiento es la revascularización coronaria precoz, siempre que sea posible.

Establecer si el IAM ha sido previo o posterior al accidente tiene una enorme importancia médico-legal. Hay que indagar especialmente en las circunstancias del accidente, así como en patologías previas del lesionado, especialmente de riesgo cardiovascular.

Los criterios de nexo causal, basados en los criterios clásicos de Sir Bradford Hill, Muller y Cordonier, modificados por Simonin y otros, y que han sido ya tratados anteriormente por otros muchos compañeros, entre ellos y recientemente por el Dr. D. Juan Gabriel de la Cruz Rodriguez, en la Jornada sobre Valoración del Daño Corporal, celebrada en Badajoz, el 23 de mayo de 2014, establecerán la relación entre el accidente y la lesión.

El Dr. De la Cruz refería del proceso de reclamación de daños personales derivados de la circulación: el dictamen médico aparece como prueba pericial *primaria, fundamental e incluso obligatoria*, (apartado 1, regla 11ª, del baremo de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor). En ocasiones se recurre también a los informes biomecánicos y/o de reconstrucción del siniestro. En este sentido, la *reconstrucción médica* del accidente, debe ser capaz de explicar el mecanismo y forma de producción de la lesión cardíaca.

En síntesis, los criterios, perfectamente conocidos por ustedes, se pueden resumir en:

- Criterio de Intensidad. Trauma de suficiente intensidad para producir las lesiones evidenciadas. Es distinto en caso de ocupante de vehículo con cinturón de seguridad que en el impacto directo de conductor de moto, especialmente con pasajero.
- Criterio Etiológico. Adecuado a su etiología traumática.
- Criterio Topográfico. Traumatismo torácico, muchas veces con lesiones asociadas.

- Criterio de Continuidad. Encadenamiento anatomoclínico, con continuidad de manifestaciones.
- Criterio Cronológico. Adecuación temporal, a considerar el tiempo de latencia. Las alteraciones ECG y el dolor isquémico son de aparición inmediata, aunque puede haber un intervalo silente si la arteria coronaria lesionada permanece suficientemente permeable durante un tiempo. En ciertos casos, puede haber manifestaciones de isquemia miocárdica tardías, tipo angina de pecho o IAM (M.D. Christensen et al., "Review: Prior blunt chest trauma may be a cause of single vessel coronary disease; hypothesis and review", Int. J. Cardiol. 108 (2006) 1 – 5).
- Criterio de Especificidad. Exclusión de preexistencia de daño (integridad de la zona) y exclusión de una causa extraña al traumatismo. La lesión arterial única va a favor del origen traumático, aunque se han descrito roturas traumáticas sobre placa arteriosclerótica.

Así, la producción de un IAM tras un traumatismo, puede plantear aspectos médico-legales que deben ser analizados con cuidado y rigor, dadas las posibles repercusiones y que han sido ya tratados magníficamente por el Dr. D. Fernando Serrulla Rech, "*Diseción coronaria aguda e infarto de miocardio secundarios a accidente de tráfico: presentación de un caso y sus problemas de valoración pericial médica*", Revista de la Escuela de Medicina Legal, enero de 2007).

5. TRAUMATISMO MENOR CERVICAL Y DOLOR EN HOMBRO

Pedro García González

Especialista en Radiodiagnóstico

El hombro es la articulación más móvil de nuestro organismo, constituida por cinco articulaciones, la principal es la glenohumeral, muy incongruente por lo que necesita mecanismos estabilizadores, tanto cápsulolabrales como musculares, fundamentalmente el manguito rotador. Aunque también intervienen músculos externos: deltoides, trapecio, pectoral...

Tanto por esto como por su inervación está muy vinculado a la columna cervical y, frecuentemente, se entremezclan los síntomas de ambas regiones.

Es por ello lógico que la patología traumática cervical genere dolor en el hombro, tanto inmediato como tardío.

Si tenemos en cuenta que el dolor de hombro es muy prevalente en nuestro medio, se estima que más de un 5% de la población mayor de 40 años lo padece, en un 70% de casos secundarios la patología del manguito rodador. Podemos suponer que la patología cervical, aunque sean traumatismos menores, puede "desestabilizar" y provocar una crisis de dolor de una patología que permanecía larvada.

Si queremos discriminar qué dolor es debido al traumatismo y cuál a la patología subyacente del manguito estamos ante un difícil dilema. La única posibilidad que tenemos es apoyarnos en las técnicas de imagen: resonancia magnética y ecografía. Tenemos que tratar de exprimir las al máximo para tratar de determinar si existen alteraciones morfológicas y de existir si son agudas o crónicas.

En caso de existir signos de cronicidad: tendinosis, retracción del cabo tendinoso o atrofia del vientre muscular (en caso de rotura) podremos atribuir la clínica postraumática a

una agudización del proceso subyacente y no causa per se de los síntomas. De no existir dichos signos de cronicidad será imposible determinar si los hallazgos son debidos a la patología subyacente del manguito o al antecedente traumático.

MESA 2

**NOVEDADES EN EL
SISTEMA DE VALORACIÓN
EN LOS ACCIDENTES
DE TRÁFICO**

6. LA REFORMA DEL SISTEMA LEGAL DE VALORACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN: UNA VISIÓN DESDE EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Alejandro Izuzquiza Ibáñez de Aldecoa

Director de operaciones del Consorcio de Compensación de Seguros

Me propongo ofrecerles en estas páginas una visión resumida tanto del significado que, a mi juicio, tiene la figura del llamado “Baremo de daños personales” en el seguro español del automóvil, como del alcance de su recientísima reforma legal, y lo haré desde una perspectiva enteramente pública, ya que esta visión que trataré de aportarles está inevitablemente influida por mi intenso contacto profesional con esta materia a lo largo de mi etapa como Subdirector General en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, primero, y como Director de Operaciones del Consorcio de Compensación de Seguros –y miembro de la Comisión de expertos que elaboró la propuesta de reforma–, después.

Y agradezco de verdad muy sinceramente la oportunidad que me han brindado los organizadores de este encuentro para hacerlo, porque la ocasión trae a mi memoria muy emotivos recuerdos de mis primeros contactos con lo que luego sería el Baremo de la mano de magníficos profesionales y entrañables amigos del Grupo Mapfre como Ángel Rubio, José Antonio Naves y Javier Alonso, quienes constituían allá por 1990 la entusiasta y ejemplar vanguardia de la hoy ya tan consagrada y generalizada gestión transaccional y desjudicializadora de las indemnizaciones por daños y perjuicios ocasionados a las personas en accidentes de tráfico.

Mi objetivo es, en primer lugar y a modo de introducción, centrar el Baremo en el contexto general de la protección a las víctimas de accidentes de circulación para,

a continuación, destacar cómo el Baremo se ha erigido en un instrumento verdaderamente imprescindible tanto para la protección de las víctimas como para la ordenación del seguro español del automóvil, y cómo para preservarlo en el tiempo se hacía inaplazable la revisión y reforma del mismo.

Después, y en la intención de ayudar a comprender el sentido del texto legal en que ha resultado plasmada la reforma, expondré, a grandes rasgos, los principios que han orientado esta reforma y las singularidades del proceso de revisión llevado a cabo por la Comisión de Expertos que formuló la propuesta que luego se ha convertido en Ley.

Para finalizar, haré mención a la viabilidad práctica del Baremo, derivada de su carácter tasado y cerrado y de su utilización como instrumento para la realización de acuerdos amistosos entre perjudicados y aseguradoras, y de su previsible mantenimiento actualizado y progresivamente mejorado a través de la Comisión de seguimiento prevista en la propia ley.

En definitiva, se trata no de abordar una explicación sistemática del contenido del nuevo Baremo, sino de ofrecer algunas claves que, desde la óptica del Consorcio de Compensación de Seguros, pueden facilitar la comprensión del conjunto de artículos y de tablas indemnizatorias que a partir de 1 de enero de 2016 tendremos todos el privilegio –pues contar con un Baremo como este es, en mi opinión, un auténtico privilegio– de poder utilizar para calcular las indemnizaciones a abonar a los perjudicados por accidente de tráfico.

1. EL SISTEMA LEGAL DE VALORACIÓN DE LOS DAÑOS A LAS PERSONAS, INSTRUMENTO INTEGRADO EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE PROTECCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO

La protección de las víctimas de accidentes de circulación se articula a través de un conjunto de instrumentos legales, algunos de los cuales son comunes a todos los Estados pertenecientes al Espacio Económico Europeo, que facilitan el resarcimiento cierto y ágil de los daños y perjuicios ocasionados por los conductores responsables de los accidentes. Así, en todo el ámbito de dicho Espacio existe un seguro de responsabilidad civil de suscripción obligatoria con un alcance, unos límites indemnizatorios y unas coberturas que están reguladas de forma homogénea. Existe en cada Estado, además, un Fondo de Garantía –en el caso de España, el Consorcio de Compensación de Seguros– que indemniza a las víctimas cuando no lo puede hacer el mecanismo anterior del seguro obligatorio, como ocurre cuando el vehículo responsable del accidente circula ilegalmente sin estar asegurado, se da a la fuga o no ha podido ser

identificado. En tercer lugar, se ha instaurado adicionalmente en favor de la víctima el ejercicio de la acción directa frente a la aseguradora del vehículo responsable del accidente. Y, finalmente, se ha creado en todos los Estados un mecanismo informativo –en España, el fichero FIVA gestionado por el Consorcio de Compensación de Seguros– para que las víctimas puedan conocer con rapidez cuál es la aseguradora del vehículo que ocasionó el accidente y frente a la cual pueden dirigir la ya citada acción directa para solicitar la indemnización por los daños y perjuicios sufridos.

Todos estos mecanismos están recogidos en las sucesivas directivas que se han ido aprobando para regular el seguro obligatorio de responsabilidad civil del automóvil, directivas que ponen de relieve la especial preocupación que existe en el ámbito del Espacio Económico Europeo por esta materia, y que han sido objeto de una reciente consolidación o refundición, para facilitar la lectura y el conocimiento de esta regulación, en la Directiva 2009/103, de 16 de septiembre, por la que se codifican las cinco directivas relativas al seguro de responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos automóviles.

Pero, independientemente de esta preocupación común y de estos mecanismos protectores supranacionales, interesa destacar cómo en España se han creado otros mecanismos adicionales que son exclusivos de nuestro país –y que, por tanto, no proceden de directivas de la Unión Europea–, que están dirigidos a mejorar la situación de las víctimas y a facilitar el buen funcionamiento del seguro de responsabilidad civil del automóvil en un ámbito especialmente sensible como es el de los daños corporales ocasionados en accidente de tráfico. Estos instrumentos singulares, que prestigian indudablemente al sistema asegurador español, son dos: los convenios para prestar la asistencia médica y hospitalaria a los accidentados de tráfico, que se celebran entre las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, de una parte, y la red de servicios de emergencias y de centros hospitalarios públicos y privados, por otra; y el sistema legal para la valoración de los daños y perjuicios ocasionados a las personas en accidentes de circulación, sistema que es comúnmente conocido como “Baremo”. A través de los convenios sanitarios, los perjudicados por accidentes de circulación son asistidos sin necesidad de tener que adelantar el importe económico de la atención hospitalaria que reciben ni de preocuparse por el coste económico de la asistencia recibida, puesto que, en virtud de los mismos, las relaciones económicas derivadas de la atención médico-hospitalaria se circunscribe a los servicios de emergencia y hospitales y a las aseguradoras (o al Consorcio de Compensación de Seguros como Fondo de Garantía). Por su parte, el sistema legal de valoración de daños a las personas facilita la cuantificación cierta, rápida y objetiva de las indemnizaciones en los casos de fallecimiento, de lesiones permanentes o de lesiones temporales. A este sistema legal de valoración vamos a dedicar nuestra exposición. Nos referiremos

al mismo con el nombre con el que, como hemos dicho, es vulgarmente conocido (“Baremo”), no porque nos parezca un término preciso –pues tiene unas connotaciones mucho más limitadas que el verdadero alcance que tiene su contenido– sino por razones de brevedad y comodidad.

2. EL BAREMO COMO INSTRUMENTO IMPRESCINDIBLE

El Baremo es un instrumento que cumple con una doble función: proteger los intereses de las víctimas de los accidentes de circulación que tienen que ser indemnizadas por las entidades aseguradoras de los vehículos responsables de los accidentes y, simultáneamente, contribuir a la ordenación sector del asegurador del automóvil que garantiza el pago de las indemnizaciones. Sobre la base de esa doble función y de la ya dilatada experiencia de la que disponemos en su utilización práctica diaria, podemos afirmar que el Baremo constituye un instrumento mucho más que necesario: sencillamente, es imprescindible.

Los beneficios del Baremo quedaron clara y ordenadamente expuestos en el preámbulo o exposición de motivos de la Orden del entonces Ministerio de Economía y Hacienda de 5 de marzo de 1991 (BOE de 11 de marzo de 1991), que es el origen de naturaleza orientativa del actual Baremo de carácter ya vinculante y que constituye –si se me permite la expresión– un verdadero “Manifiesto” en favor de este instrumento resarcitorio. La lectura del preámbulo de esta norma de 1991 es un ejercicio muy recomendable para quienes no vivieron esa etapa de incertidumbre, de litigiosidad y judicialización, de disparidades injustificadas en la cuantificación de las indemnizaciones y de significativos retrasos en la resolución de las solicitudes de indemnización, situaciones que la mencionada Orden pretendía contribuir a subsanar. Parece oportuno recordar los seis aspectos que resaltaba el citado preámbulo y que constituyen las razones por las que, veinticinco años después, continuamos considerando imprescindible tanto para las víctimas de los accidentes de circulación como para las aseguradoras de automóviles y para el Consorcio de Compensación de Seguros como Fondo de Garantía contar con este instrumento:

- Introducir un mecanismo de certeza, dando cumplimiento al principio de seguridad jurídica que consagra el artículo 9.3 de la Constitución.
- Fomentar un trato análogo para situaciones de responsabilidad cuyos supuestos de hecho sean coincidentes, en aplicación del principio de igualdad que consagra el artículo 14 del citado texto fundamental.

- Servir de marco e impulso a la utilización de acuerdos transaccionales, convirtiendo a éstos en medio prioritario para la liquidación de los siniestros.
- Agilizar al máximo los pagos por siniestro por parte de las entidades aseguradoras, evitando demoras perjudiciales para los beneficiarios, al no tener que esperar el pronunciamiento de los órganos judiciales.
- Reducir de forma significativa las actuaciones judiciales en este sector y la consiguiente disminución de la sobrecarga generalizada de trabajo de los juzgados y tribunales.
- Finalmente, permitir a las entidades aseguradoras formular previsiones fundadas en criterios dotados de fiabilidad, con indudable trascendencia en la solvencia de tales entidades y en el cumplimiento de sus funciones.

Estas mismas razones fueron, además, las que propiciaron en una segunda fase la aprobación del Baremo de 1995. Si el de 1991 constituía una primera aproximación de carácter orientativo y una invitación, a través de Orden Ministerial, a la utilización de la nueva herramienta, las seis poderosas razones antes comentadas aconsejaron pronto pasar a la aprobación por ley y con carácter vinculante para todos los intervinientes –jueces, tribunales, fiscalía, perjudicados y aseguradoras– del Baremo que, inspirado en el precedente de 1991 y con algunas modificaciones posteriores, ha estado vigente desde la Ley 30/1995 hasta nuestros días.

3. LA REFORMA DEL BAREMO, REQUISITO INELUDIBLE PARA PRESERVARLO

A lo largo de veinte años de aplicación práctica, el Baremo de 1995 se ha mostrado como un instrumento sumamente eficaz para abordar con rapidez y por la vía amistosa o transaccional el abono de las indemnizaciones a los perjudicados por los accidentes de circulación. Pero es igualmente cierto que en el transcurso de esos veinte años se han puesto de manifiesto insuficiencias estructurales y que esas insuficiencias han sido identificadas por la propia jurisprudencia, que ha ido abriendo algunas fisuras en el sistema, de forma que se han producido algunos pronunciamientos judiciales que se han ido separando del mismo. Algunos de los aspectos que se han puesto de relieve son los siguientes:

- En el Baremo de 1995 ha prevalecido el principio de seguridad jurídica sobre el de justicia resarcitoria. Hemos dispuesto todo este tiempo de un instrumento ejemplar para homogenizar las indemnizaciones y para fijar de una forma cierta y rá-

pidan sus cuantías, pero dejaba sin resarcir adecuadamente algunos conceptos de indudable relevancia, como el lucro cesante.

- El Baremo, además, carecía de la necesaria distinción entre los daños morales o extrapatrimoniales y los daños patrimoniales y, dentro de éstos, entre los conceptos correspondientes a daño emergente y a lucro cesante.
- En materia de daños patrimoniales, el Baremo, al multiplicar el porcentaje de los ingresos netos por trabajo personal de la víctima fallecida o del lesionado por la cuantía de la indemnización por daño moral, ha venido haciendo abstracción del gasto futuro en que pueda tener que incurrir el lesionado o los ingresos futuros que razonablemente cabe presumir que va a dejar de percibir la familia de la víctima, en caso de fallecimiento, o el propio lesionado. En el caso de daño moral, que mide la intensidad y la duración del dolor por la muerte o la lesión, parece razonable resarcir mediante la aplicación de importes convencionales; pero el resarcimiento integral de los daños y perjuicios patrimoniales requiere de cálculos concretos más ajustados a la realidad de los gastos en que se incurra y de los ingresos que se dejan de percibir, sin perjuicio de que haya de recurrirse a hipótesis explícitas y razonables.
- De la misma forma, se han puesto de manifiesto insuficiencias en las indemnizaciones de grandes lesionados (por ejemplo, en los gastos asistenciales futuros de carácter vitalicio o en los gastos por necesidad de ayuda de tercera persona para atender al lesionado) y la inexistencia de algunos conceptos resarcibles como los gastos de asistencia domiciliaria.
- También se han alzado de forma justificada voces reclamando una mayor atención en favor de los menores de edad y de los discapacitados, tanto en materia de cuantías indemnizatorias –proponiendo una elevación de las mismas respecto a las de otros perjudicados en caso de fallecimiento del progenitor en el accidente– como en materia de concurrencia de culpas –abogando por la eliminación o la atenuación de los factores de reducción de la indemnización en los casos de contribución del menor o discapacitado a la producción del accidente–.

En definitiva, para preservar el Baremo como instrumento para la cuantificación ágil y cierta de las indemnizaciones y para la resolución extrajudicial y rápida de las solicitudes de indemnización se hacía preciso acometer con decisión un proceso de revisión del propio Baremo y de reforma y mejora del mismo. El Baremo de 1995 ya había dado de sí todo lo que podía dar, y para evitar un vuelco atrás a la etapa de judicialización, de incertidumbres y faltas de referencia, y de tramitaciones lentas, engorrosas y litigiosas

de las indemnizaciones se hacía imprescindible una puesta al día lo más completa posible del Baremo. Si queríamos preservar el Baremo había que someterlo a una reforma en profundidad.

4. LOS PRINCIPIOS QUE HAN ORIENTADO LA REFORMA DEL BAREMO

El proceso de revisión y de reforma se encomendó por los Ministerios de Justicia y de Economía y Hacienda (actualmente Economía y Competitividad) a una Comisión de Expertos (en adelante CEX) en la que han participado todos los sectores involucrados. La propia Orden de 12 de junio de 2011 de ambos Ministerios, por la que se constituyó dicha CEX, fijó los tres principios que debería orientar la reforma y a los que debería por ello ajustar sus trabajos aquella. Es muy importante tener en mente estos principios para comprender el texto final que ha sido finalmente aprobado por las Cortes:

- Respetar el principio de la integridad de la reparación del daño, para situar a la víctima en una posición lo más parecida posible a la que tendría de no haberse producido el accidente.
- Atenerse al principio de vertebración, consistente en la necesidad de separar con nitidez la valoración de los daños extrapatrimoniales o morales de los de naturaleza patrimonial, en su doble faceta de daño emergente y lucro cesante;
- Facilitar una cuantificación cierta y ágil de la indemnización y una consecución rápida de acuerdos entre el perjudicado y la entidad aseguradora del responsable del accidente.

En definitiva, el nuevo Baremo debe ser entendido como un conjunto que trata de mantener un equilibrio –muy necesario, ciertamente, pero muy complicado de alcanzar– entre factores que ciertamente se contraponen.

El principio de reparación integral de los daños y perjuicios conduce inevitablemente a un Baremo mucho más extenso, más completo y más complejo que el de 1995. Este principio conlleva identificar tipos de perjudicados y conceptos a resarcir que no estaban recogidos en el Baremo de 1995. De la misma forma, y sobre la base de este principio esencial, el nuevo Baremo sistematiza y dota de sustantividad propia la regulación de las indemnizaciones por lucro cesante. La reparación integral ha dado lugar igualmente a una elevación del nivel de las indemnizaciones, en especial en lesiones de gravedad y en fallecimientos.

El principio de vertebración, por su parte, ha dado lugar a que el nuevo Baremo, aunque es –como hemos señalado– significativamente más extenso, tenga una estructura muy clara.

A pesar de la extensión y complejidad del nuevo Baremo, la estructura indemnizatoria es clara y sencilla. Ésta se divide en indemnizaciones por muerte, indemnizaciones por secuelas o lesiones permanentes e indemnizaciones por lesiones temporales, y en cada uno de esos tres apartados se distingue, a su vez, entre tres tipos de perjuicios:

- Los perjuicios personales básicos: representan el daño moral común a todas las víctimas o perjudicados de una determinada clase.
- Los perjuicios personales particulares: abarcan los conceptos resarcibles y sus correspondientes cuantías a indemnizar por daños morales individualizados para cada víctima o perjudicado atendiendo a sus circunstancias específicas de índole personal, familiar, económica o social.
- Los perjuicios patrimoniales, en los que, a su vez, se distinguen los conceptos y cuantías por daño emergente (gastos en los que se hubiese de incurrir como consecuencia del accidente) y los que corresponden a lucro cesante (pérdida o disminución de ingresos o de la capacidad de obtener ganancias).

Esta estructura de texto articulado se traslada igualmente a las tablas anexas al mismo que recogen las cuantías a indemnizar.

Se han elaborado unas tablas –tablas 1– para recoger las indemnizaciones por fallecimiento, de forma que se han creado las tablas 1.A para incorporar las cuantías por perjuicios personales básicos, las tablas 1.B para las cuantías por perjuicios personales particulares (incluidos los perjuicios excepcionales) y las tablas 1.C. para las cuantías que corresponden a los perjuicios patrimoniales (con distinción, a su vez, entre daño emergente y lucro cesante). De forma análoga existe otra serie de tablas 2 para recoger las indemnizaciones por lesiones permanentes, siguiendo el mismo esquema anterior: tabla 2.A para perjuicios básicos; 2.B para perjuicios particulares; y 2.C para perjuicios patrimoniales. Y para el caso de las lesiones temporales se han elaborado las correspondientes tablas 3.A, 3.B y 3.C con arreglo a idéntico esquema. En definitiva, desde el punto de vista formal el principio de vertebración aporta nitidez y claridad estructural a un Baremo largo y complejo, y desde el punto de vista del fondo contribuye a que no queden daños sin indemnizar y a que –lo que es igualmente importante– no existan conceptos ni cuantías duplicados.

Nos queda el tercer principio orientador que se transmitió como eje para la reforma: el Baremo nuevo adquiriría inevitablemente extensión y complejidad, pero nunca debiera perder su poder transaccional. El Baremo debe ser un instrumento manejable en la práctica que permita cuantificar con inmediatez las indemnizaciones y conseguir acuerdos extrajudiciales entre los perjudicados y las aseguradoras. El llamativo espacio que ocupan las tablas indemnizatorias parece, a primera vista, que añade más complejidad a la que ya tiene el texto articulado, pero en un examen más detenido no es sino un fiel reflejo de este tercer principio que persigue la sencillez y el automatismo. Las tablas tienen la extensión que tienen para que quien tenga que calcular la indemnización a solicitar o a ofrecer no tenga que recurrir a cálculos de ningún tipo y tenga accesible de forma directa el resultado final en las propias celdas de la tabla que sea aplicable. Este enfoque eminentemente sencillo, práctico y automático ha obligado a construir un elevado número de tablas para que éstas recogieran todos los casos posibles.

Además, el carácter tasado del Baremo, que se mantiene en el nuevo texto de 2015 y al que haremos mención después, es otro elemento que, en medio de la mayor complejidad repetidamente citada, juega muy a favor de la utilización del Baremo como herramienta para resolver con rapidez y por vía amistosa las solicitudes de indemnización que formulen los perjudicados.

5. LAS SINGULARIDADES DEL PROCESO DE REFORMA DEL BAREMO Y SU REPERCUSIÓN EN EL MISMO

El conocimiento de las singularidades del proceso de reforma del Baremo es esencial para comprender la propuesta final que fue remitida a discusión parlamentaria y que ha sido aprobada por las Cortes como Ley 35/2015, de 22 de septiembre.

En primer lugar, el proceso de revisión del Baremo de 1995 y de elaboración de la propuesta de nuevo Baremo se ha llevado a cabo con participación activa y permanente durante toda la duración del proceso de los sectores involucrados. De entre ellos destacan las representaciones de las asociaciones de víctimas de accidentes de circulación y de las entidades aseguradoras. En definitiva, no es que se haya “escuchado” a los dos sectores protagonistas –que como es natural, mantienen intereses y visiones contrapuestas en muchos aspectos–, sino que han participado de principio a fin en la redacción de la propuesta que finalmente se elevó por la CEX a los Ministerios de Justicia y de Economía y Competitividad.

La segunda singularidad reside en el enfoque y en el alcance de los trabajos de revisión y de elaboración de la propuesta realizada por la citada CEX. Frente a la opción

más habitual consistente en la presentación por el grupo de expertos de un informe identificando las deficiencias de la normativa en vigor y exponiendo los principios y los criterios que debe inspirar la reforma, haciendo constar, en su caso, la diversidad de opiniones y de alternativas, en esta ocasión la CEX optó por presentar una propuesta concreta y completa de nuevo Baremo. La CEX presentó un texto articulado íntegro y unas tablas indemnizatorias igualmente completas en su estructura y en sus cuantías.

El tercer aspecto –el consenso alcanzado entre las representaciones de víctimas y de aseguradoras– es muy especialmente relevante. En primer lugar, porque su consecución –naturalmente complicada y por ello muy especialmente meritoria– fue determinante para la tramitación en vía administrativa y en sede parlamentaria del proyecto. En un asunto de tanta repercusión social y tan abocado a polémicas muy diversas, el consenso alcanzado en el seno de la CEX por las asociaciones de víctimas y de aseguradoras allanó el terreno para acometer la tramitación y para hacerlo con rapidez. En segundo lugar, porque el consenso abarcaba el conjunto del proyecto: se alcanzó un acuerdo completo que comprendía el texto articulado, la estructura de las tablas indemnizatorias y los importes económicos y los límites cuantitativos a incluir en las tablas. Y en tercer lugar, porque ese consenso es el que puede explicar la redacción final de los artículos que regulan aspectos inevitablemente polémicos (vgr: la regulación de los traumatismos menores de la columna cervical o la fijación de un umbral de puntos de secuelas para tener derecho a indemnización por pérdida de calidad de vida de carácter leve). En aras al acuerdo y al equilibrio todos los intervinientes en el proceso de maduración del texto han hecho concesiones y han dejado en el camino aspectos o reivindicaciones que estimaban importantes. Todos se han movido de sus posiciones iniciales al abordar las materias controvertidas. Todos han tenido que “perder” en aspectos parciales y de detalle para poder “ganar” en el resultado final, que no es otro que ese nuevo Baremo de consenso en el que se ha mejorado la protección ofrecida a las víctimas de los accidentes y se ha mejorado igualmente la contribución del sistema asegurador al sostenimiento de este mecanismo de protección.

6. LA VIABILIDAD DEL BAREMO: SU CARÁCTER TASADO Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

El principio jurídico de reparación íntegra que preside el nuevo Baremo y que, como ya se ha resaltado, conlleva un significativo aumento de conceptos y de importes a indemnizar, debe ponerse en consonancia con el principio de sostenibilidad económica del sistema en su conjunto. Esta sostenibilidad reside en la existencia de un seguro de suscripción obligatoria y, por ende, en el abono de unas primas de seguro que deben

ser soportables para los propietarios de los vehículos a motor y de unas indemnizaciones que deben ser asumibles para las entidades aseguradoras. En definitiva, el principio de reparación íntegra debe estar en consonancia con la realidad social y no debe poner en riesgo el cumplimiento de la obligación de aseguramiento ni el funcionamiento técnico y solvente del sector asegurador.

Es por ello por lo que en una visión global del nuevo Baremo, junto a nuevos perjudicados a indemnizar, nuevos conceptos a resarcir y cuantías más elevadas, pueden observarse algunas limitaciones que no solamente tienen un efecto moderador en el impacto económico del nuevo Baremo, sino que confieren automatismos y certidumbres que resultan vitales, para que la aplicación práctica del Baremo transcurra de forma mayoritaria por los cauces de la agilidad y de la transacción en lugar de hacerlo por el camino de la discrepancia y de la litigiosidad judicial.

Es en este terreno en el que cobra una especial relevancia la configuración del sistema de valoración de los daños y perjuicios como un Baremo “cerrado” y “completo”. Ello es imprescindible para eliminar incertidumbres en la cuantificación de las indemnizaciones, para fomentar los acuerdos amistosos y obstaculizar a los espíritus litigantes y para facilitar la rapidez en la tramitación y pago de los siniestros por parte de las entidades aseguradoras y del CCS. El nuevo Baremo despeja estos fantasmas a través de la figura de la “objetivación del daño”, en virtud de la cual no pueden fijarse indemnizaciones por conceptos o importes distintos a los previstos en el propio Baremo. Pero junto a ese reconocimiento expreso del carácter tasado y cerrado del Baremo, éste, sobre la base del principio de reparación íntegra, prevé también de modo expreso que, efectivamente, puedan existir perjuicios a resarcir que, a pesar de la minuciosa regulación, no hubieran sido previstos en el Baremo, si bien dándoles un tratamiento acorde con el carácter exhaustivo del Baremo para mantener los difíciles equilibrios a los que antes aludíamos.

Y de esta forma, el nuevo Baremo, a nuestro entender de una forma acertada y ponderada, alude a perjuicios “relevantes” que hubiesen sido ocasionados por circunstancias “singulares” y que no hubieran podido ser contempladas, por razón de esa singularidad, en los reglas y límites del Baremo. Los conceptúa como “perjuicios excepcionales” que se indemnizarán dentro del propio sistema y establece un límite máximo, igualmente ponderado, del 25% de la indemnización básica.

La misma sostenibilidad del sistema ha requerido establecer algunas limitaciones cuantitativas y algunas cautelas y umbrales en determinados conceptos resarcitorios. Incluso ha requerido reducir algunas indemnizaciones –en casos de daños leves con consecuencias temporales, por ejemplo– para compaginar adecuadamente el objetivo

de incrementar sustancialmente las indemnizaciones en caso de fallecimiento y de lesiones de gravedad con el de moderar de forma razonable el impacto económico del nuevo sistema mejorado.

7. LA IMPORTANCIA DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE VALORACIÓN

El nuevo Baremo incluye en su seno el mecanismo que facilitará su actualización periódica, su mejora progresiva y, en suma, su pervivencia futura: la Disposición adicional primera de la Ley prevé –recogiendo de esta manera la propuesta formulada por la propia CEX– la creación de una Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración, en cuya composición participarán las asociaciones de víctimas y las entidades aseguradoras.

La previsión de una Comisión de Seguimiento –que, como he señalado, ya se contenía desde el principio en la propuesta de la CEX– ha sido extremadamente útil durante todo el proceso de revisión y reforma, primero, y de tramitación administrativa y discusión parlamentaria, después. Una vez alcanzado el difícil consenso, parecía razonable no reabrir cuestiones inevitablemente controvertidas ni añadir nuevos debates. Se optó acertadamente por proseguir la tramitación y por dejar que en el futuro próximo sea la Comisión la que pueda abordar todas las materias polémicas a la luz no solamente de los debates doctrinales y jurisprudenciales o de los intereses de las partes, sino de la nueva experiencia que se obtenga de la aplicación práctica del nuevo Baremo.

Este contiene numerosas novedades. Su aplicación generará –como no puede ser de otro modo– dudas interpretativas que serán preciso aclarar y resolver. Además, el mantenimiento en el tiempo del nuevo Baremo requerirá de un esfuerzo de actualización. Y el consenso que permitió su alumbramiento tendrá que ser también mantenido y actualizado. De ahí que la Comisión de Seguimiento se convierta en una pieza esencial del sistema para analizar la puesta en marcha, las repercusiones jurídicas y el sistema de actualización de las cuantías indemnizatorias. La propia Ley prevé que en el plazo máximo de tres años contados a partir de su entrada en vigor –1 de enero de 2016– la Comisión emita un informe razonado que incluya el análisis antes expuesto y sugerencias para la mejora del sistema.

8. REFLEXIÓN FINAL

Una vez ya ha sido publicado en el Boletín Oficial del Estado este nuevo Baremo, el Consorcio de Compensación de Seguros se enfrenta ahora con el reto de continuar

utilizando de forma intensiva y sistemática este instrumento para el logro de acuerdos transaccionales rápidos.

Esta entidad pública impulsó desde 1999 la orientación transaccional y la consolidó de forma definitiva desde 2002-2003, de forma que desde entonces el porcentaje de pagos anuales realizados por vía amistosa o extrajudicial en su condición de Fondo de Garantía oscila todos los años entre el 90% y el 95%. Se trata de resultados que consideramos muy meritorios, teniendo en cuenta que se trata de accidentes provocados por vehículos sin seguro, no identificados o asegurados en entidades insolventes en liquidación, en los que muchas veces las declaraciones no son inmediatas, es difícil obtener evidencias o los siniestros son "heredados" de otra aseguradora y de gran antigüedad.

El objetivo será el de continuar aplicando el Baremo, por ello, con el estilo que propugnaba expresamente la repetidamente citada Orden Ministerial de 1991, esto es, *"bajo los principios de suficiencia y rapidez"* y evitando *"su utilización de modo negativo, haciendo una aplicación restrictiva del mismo"*.

Para superar el reto será necesario que quienes representen a los perjudicados participen también de este espíritu transaccional y no utilicen el nuevo Baremo y las nuevas posibilidades que ofrece de forma abusiva.

En realidad el reto transaccional al que he hecho alusión para concluir no es exclusivo del Consorcio de Compensación de Seguros, pues es común –debe serlo– para todas las entidades aseguradoras.

7. NOVEDADES EN EL SISTEMA DE VALORACIÓN EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO. ASPECTOS TÉCNICO-JURÍDICOS DE LA REFORMA

Manuel Mascaraque Montagut

Director del Área de Seguros Generales de Unespa

El 1 de enero de 2016 para los siniestros ocurridos a partir de la mencionada fecha entrará en vigor la Ley 35/2015 de Reforma del Sistema de Valoración de Daños y Perjuicios Causados a las Personas en Accidentes de Circulación, que modifica el Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, desarrollando un nuevo sistema de valoración del daño personal aplicado a los accidentes de tráfico.

La publicación de la Ley ha sido el resultado del esfuerzo realizado durante cinco años de un grupo de personas, denominada Comisión de Expertos. Esta Comisión fue creada en 2011 por Orden de los Ministerios de Justicia y de Economía. En ella han estado representadas todas las instituciones y organismo públicos relacionadas con la materia (las asociaciones de víctimas más representativas, la Fiscalía de Seguridad Vial, el Consorcio de Compensación de Seguros, la universidad, expertos jurídicos, el Instituto de Actuarios Españoles, la magistratura y las entidades aseguradoras). La heterogeneidad de puntos de vista de partida logró superarse gracias al interés común por mejorar y preservar un sistema de valoración. El diálogo hizo posible superar las dificultades iniciales y ponerse de acuerdo en aspectos sumamente complicados como es la reparación de las víctimas de accidentes de tráfico.

Una vez alcanzado este consenso por parte de los actores sociales, el Gobierno ha contribuido decisivamente al éxito del proyecto. Es de agradecer el trabajo del Ministerio de Justicia durante la tramitación administrativa de la norma. Los grupos parlamentarios aprobaron el 7 de septiembre de 2015 en el Senado sin ningún voto en contra la reforma, reconociendo de esta forma el consenso alcanzado y el valor de una ley que mejora la atención a las víctimas de los accidentes del tráfico.

La ley no se limita a la revisión del sistema de valoración. Va más allá. Incorpora modificaciones normativas de gran trascendencia para el seguro del automóvil como son la resolución extrajudicial de las reclamaciones por accidentes de circulación o la modificación del auto de cuantía máxima. Consta de un preámbulo, que argumenta la necesidad social de la reforma del baremo, de un artículo único con nueve apartados, tres disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria, y cinco disposiciones finales.

La principal novedad de la ley es la introducción en el Texto Refundido de un nuevo Título IV, referido al nuevo sistema de valoración que consta de 112 artículos, agrupados en dos capítulos. El primero se refiere a las disposiciones generales o reglas generales del sistema y el segundo, a las reglas específicas de valoración de los daños corporal en sus tres secciones: indemnizaciones por causa de muerte, indemnizaciones por secuelas e indemnizaciones por lesiones temporales.

Por otra parte, es necesario referirse a la *Disposición Adicional Primera*, que prevé la creación por orden de los Ministerios de Justicia y Economía y Competitividad, a propuesta de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), de una Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración en el plazo máximo de un año desde la aprobación de esta Ley para analizar su puesta en marcha y sus repercusiones jurídicas y económicas. Esta Comisión, que estará compuesta por representantes de las víctimas y de las entidades aseguradoras, deberá emitir en el plazo máximo de tres años un informe sobre la evolución del nuevo sistema.

De esta forma, no será necesario esperar otros 30 años para su revisión y puesta al día. La Comisión de Seguimiento permitirá mejorar el baremo periódicamente y preservarlo como parte del sistema de bienestar español.

Asimismo, también resulta de interés la *Disposición Transitoria, sobre "aplicación temporal del sistema"*, que establece, que esta Ley se aplicará únicamente a los accidentes de circulación que se produzcan tras su entrada en vigor, indicándose expresamente que la valoración de los daños resultantes de accidentes ocurridos con anterioridad a esa fecha, se regirán por el actual Baremo.

1. NUEVO SISTEMA DE VALORACIÓN DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN

Sin lugar a dudas el eje central de la ley es el nuevo sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación que se

introduce mediante nuevo Título IV y del Anexo (Tablas Indemnizatorias) que sustituye al Anexo del RD Legislativo (8/2004) "Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor", en adelante TRLRCSCVM. Así mismo, se modifica la disposición final segunda, habilitando al Gobierno para modificar las cuantías de las tablas del Anexo mediante real decreto.

2. DISPOSICIONES GENERALES

En primer lugar, se establece como *ámbito de aplicación y alcance* del nuevo sistema de valoración, los daños corporales causados por hechos de la circulación regulados en el TRLRCSCVM. Es, por tanto, un sistema legal y específico del ámbito de la circulación. No obstante, dada su objetividad, no es de extrañar, que en el ámbito no vinculante se siga aplicando a los accidentes causados fuera del hecho de la circulación para la valoración del daño personal. Ello se puede deducir por la propia *Disposición adicional tercera de la Ley* que indica que el sistema de valoración regulado servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos de la actividad sanitaria. Esta misma idea se podría extrapolar a otros ámbitos de la responsabilidad.

Principios del sistema de valoración

En cuanto a los principios fundamentales del sistema, se citan el *Principio de reparación íntegra* (asegurar la total indemnidad de los daños y perjuicios) y el *Principio de reparación vertebrada* (valoración por separado de los daños patrimoniales y de los extrapatrimoniales). La reparación íntegra rige, no sólo en los supuestos de daños patrimoniales, sino también en los supuestos de daños extrapatrimoniales o morales. No obstante, en este último caso, el carácter íntegro de la reparación consiste en indemnizar todo perjuicio relevante de acuerdo con su intensidad mediante cuantías socialmente suficientes y razonables que respeten la dignidad de las víctimas

Aunque no se cita expresamente como principio, es de destacar el reconocimiento la ley realiza la ley a la *objetivación de la valoración*. Este precepto indica que todos los daños y perjuicios se indemnizan conforme a las reglas y límites del sistema. Por esta razón no pueden fijarse indemnizaciones por conceptos o importes distintos de los previstos en el mismo. No obstante, como es posible que, excepcionalmente, se produzca un perjuicio particular no contemplado en las reglas específicas del sistema y con el objeto de que todos los perjuicios queden valorados dentro del sistema, se introducen los denominados "perjuicios excepcionales" ocasionados por circunstan-

cias relevantes, singulares y no contemplados en el resto de perjuicios particulares establecidos.

Estructura del sistema

El nuevo sistema de valoración refuerza tres grandes ejes del sistema valorativo anterior. En primer lugar, *tiene en cuenta las nuevas realidades familiares* al incrementar las indemnizaciones y otorgar una flexibilidad en la determinación de los perjudicados por muerte que carecía el sistema anterior. Segundo, en el ámbito de las secuelas *introduce mejoras en la determinación de los perjuicios particulares de tipo patrimonial asociados a los grandes lesionados*; y tercero, la sustitución del actual factor corrector del perjuicio económico por un verdadero *cálculo del lucro cesante* basado en un modelo actuarial como perjuicio patrimonial futuro de la víctima.

Los daños objeto de valoración son: la muerte, las secuelas y las lesiones temporales, según Tablas 1, 2 y 3, respectivamente. Dichas tablas se dividen, según se trate de perjuicios personales básicos (Tablas 1.A, 2.A y 3.A), perjuicios personales particulares (Tablas 1.B, 2.B y 3.B) y perjuicios patrimoniales (Tablas 1.C, 2.C y 3. C). Los perjuicios personales básicos y los perjuicios personales particulares se refieren a la esfera del daño moral o extrapatrimonial.

Deberes recíprocos del lesionado y de la entidad aseguradora

Es importante destacar que por primera vez se establece la obligación por parte del lesionado de prestar la necesaria colaboración para dejarse reconocer por los servicios médicos de la aseguradora, estableciéndose que, en caso de incumplimiento de este deber, no se produciría el devengo de intereses moratorios para la aseguradora. Por otra parte, los servicios médicos de la aseguradora deberán entregar el informe médico definitivo al lesionado, careciendo de validez la oferta motivada que se realice sin entrega de este informe, salvo que se hubiera entregado en momento anterior.

Actualización de las indemnizaciones

Se prevé la actualización automática del Baremo, con efecto 1 de enero de cada año, en el porcentaje del índice de revalorización de las pensiones previsto en la Ley de Presupuestos Generales del Estado (PGE). No obstante, las Tablas de lucro cesante y de ayuda de tercera persona se actualizan conforme a las bases técnicas actuariales,

y la Tabla de indemnizaciones de gastos de asistencia sanitaria futura se actualiza de acuerdo con lo que se establezca en los convenios sanitarios.

Momento de determinación de las partidas resarcitorias

Otra novedad relevante se refiere al momento de determinación de la cuantía de las partidas resarcitorias, incorporándose el principio de la deuda de valor que no es otra cosa que incorporar el valor temporal del dinero al cálculo de la indemnización. De esta forma, el sistema de valoración que se aplica al cálculo de la indemnización es el baremo correspondiente al año en que se determine el importe por acuerdo extrajudicial o por resolución judicial. Esto es lo mismo que actualizar el valor de la indemnización desde la fecha del accidente. Sin embargo, este principio ha quedado alterado con la actualización en base al índice de revaloración de las pensiones que establezcan los PGE y no con la variación del índice de precios al consumo como se establecía en el texto inicial de la Comisión de Expertos.

Por otro lado, no procede actualización a partir del momento en que se inicia el devengo de intereses moratorios. En relación los pagos a cuenta, éstos se actualizarán igualmente con el referido índice y se deducirán del importe global actualizado para conocer el neto a indemnizar.

Bases técnicas actuariales

Existen perjuicios que tienen un componente actuarial de cálculo, como el lucro cesante o la necesidad de ayuda de tercera persona o los coeficientes actuariales de conversión entre capitales y rentas, o la posibilidad de capitalizar en un pago único las indemnizaciones de prótesis, rehabilitación futura o el gasto médico futuro. Todo ello hace necesario que existan unas bases técnicas actuariales que contengan las hipótesis económico-financieras y biométricas para el cálculo actuarial. La ley indica que estas bases técnicas serán establecidas por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Indemnizaciones en forma de renta

Asimismo, en cualquier momento las partes pueden convenir o el juez acordar, a petición de cualquiera de ellas, la sustitución parcial o total de la indemnización que corresponda de acuerdo con este sistema por una indemnización en forma de renta

vitalicia a favor del perjudicado. En casos de menores o personas con capacidad modificada judicialmente, podrá ser acordada esta sustitución de oficio por el juez.

El cálculo de esta renta vitalicia será el equivalente al capital resultante por este sistema de acuerdo con la Tabla técnica de coeficientes actuariales (TT1) de conversión entre rentas y capitales. La conversión mediante los coeficientes actuariales de la tabla TT1 que se han obtenido de las hipótesis demográficas (tablas de mortalidad utilizadas) e hipótesis económico-financieras de las bases técnicas tienen una gran importancia para que, en el caso que un juez establezca como indemnización una renta, ésta no pueda ser superior a la indemnización en forma de capital. La forma de pago no debe influir en la cuantía de la indemnización.

Establecida la renta anual, ésta puede calcularse por periodos menores al año, mensual, trimestral, etc. Para obtener la misma basta con dividir la renta anual entre las fracciones temporales correspondientes, por ejemplo entre 12 para la mensual o entre cuatro para obtener la renta trimestral.

Indemnizaciones por lesiones temporales y secuelas en caso de fallecimiento del lesionado y antes de fijarse la indemnización

En el ámbito de fallecimiento, antes de haberse fijado la indemnización por lesiones temporales y por secuelas, se dedican determinados preceptos para establecer la indemnización que deben percibir los herederos de la víctima fallecida por las lesiones que sufre antes de que se fije la indemnización por lesiones temporales y secuelas.

Así, respecto de las indemnizaciones por lesiones temporales se establece que la indemnización que deben percibir los herederos del lesionado se fijará de acuerdo con el tiempo transcurrido desde el accidente hasta la estabilización de sus lesiones, o en su caso, hasta su fallecimiento, si éste es anterior.

En el caso de lesionados que sufren secuelas y que fallecen antes de fijarse la indemnización, se establece que sus herederos perciban la suma de lo que se entiende por *daño inmediato*, que se establece en el 15% del perjuicio personal básico por secuelas, y del *daño proporcional*, definido como la proporción que corresponda en función del tiempo transcurrido desde la fecha de estabilización del lesionado hasta la fecha de fallecimiento según la tabla de esperanzas de vida a cada edad de la Tabla Técnica (TT2) para el daño restante, expresado como el 85% del daño personal básico por secuelas de Tablas 2.A, el 100% del perjuicio personal particular de la tabla 2.B, y exclusivamente las indemnizaciones por lucro cesante de la tabla 2.C.

Por tanto, nos encontramos con dos sumandos: el daño inmediato, que es el dolor inmediato que un lesionado sufre en el momento del accidente, y el daño proporcional o restante, que es el dolor que un lesionado sufrirá a lo largo de su vida hasta el final de su existencia.

Así, para calcular el daño restante o proporcional, por ejemplo, si un lesionado que de acuerdo con la tabla TT2 de esperanzas de vida futura a una edad determinada tenía una edad de 30 años a la fecha de su fallecimiento, su esperanza de vida futura para una pérdida de autonomía que le produce una pérdida de calidad de vida grave o muy grave era sobrevivir 36,07 años más. Si éste lesionado fallece 1 año después de su estabilización, su daño proporcional es $1/36,07$ del daño total. Es decir ha sobrevivido un 2,8% de lo que le quedaba por vivir y, por ello, la indemnización por secuelas como daño restante o proporcional debe corregirse en la mencionada proporción.

Existe una excepción en el cálculo del daño proporcional o restante para lesionados de más de 80 años, al considerarse ficticiamente que su esperanza de vida es siempre de 8 años más.

En el caso de gastos, en caso de fallecimiento del lesionado antes de fijarse la indemnización, quedan cubiertos solamente aquéllos en los que se haya incurrido hasta la fecha de fallecimiento.

Si el fallecimiento es como consecuencia del accidente, esta indemnización que correspondiera a los herederos del fallecido sería compatible con la que tendrían derecho los perjudicados del fallecido por su muerte.

Sujetos perjudicados

Otros aspectos a destacar son la equiparación del miembro supérstite de la pareja de hecho estable al cónyuge viudo siempre que estén inscritas en un registro público, que hayan convivido un año o si tienen un hijo en común. Entonces, se contempla el resarcimiento durante un máximo de seis meses de los gastos de tratamiento médico y psicológico que precisen los familiares de víctimas fallecidas o de grandes lesionados debido a las alteraciones psíquicas que les haya causado el accidente o las reglas para el cómputo de edades.

Definiciones

En este Título, el Capítulo II se ocupa de establecer toda una serie de definiciones como las definiciones de pérdida de autonomía, actividades esenciales de la vida ordinaria,

gran lesionado, pérdida de desarrollo persona, actividades específicas de desarrollo personal, asistencia sanitaria, prótesis, ortesis, ayudas técnicas y productos de apoyo para la autonomía personal, medios técnicos y unidad familiar.

3. INDEMNIZACIONES POR MUERTE

Perjuicio Personal Básico, Tabla 1.A

La Ley establece cinco categorías autónomas de perjudicados (el cónyuge viudo, los ascendientes, los descendientes, los hermanos y los allegados), cuya indemnización no depende de la existencia o inexistencia de perjudicados de otras categorías como sucedía en el baremo anterior. De esta forma todos los perjudicados perciben la misma cantidad fija individualizada, que puede variar debido a su edad, pero no por la simple coexistencia con otras categorías de perjudicados.

En el caso del *cónyuge*, para valorar el perjuicio se tiene en cuenta la duración del matrimonio. Se presume que la duración mínima es de 15 años, se distinguen tres tramos en función de la edad de la víctima y se asigna una cantidad adicional por cada año que haya superado esa duración el matrimonio.

En cuanto a los *ascendientes*, cada progenitor recibe un importe fijo en función de si el hijo fallecido era menor o mayor de 30 años. Cada *abuelo* sólo tiene la condición de perjudicado por la muerte de su nieto sólo en caso de premoriencia de su propio hijo y la cantidad indemnizada es fija con independencia de la edad del nieto.

En caso de que los perjudicados sean los *hijos*, se asigna una cantidad fija a cada hijo en función de su edad. Existen cuatro tramos: hasta los 14 años; de 14 a 20 años; de 20 hasta 30 años y a partir de los 30 años.

Los *nietos* tienen la consideración de perjudicados en la muerte de su abuelo sólo en caso de premoriencia de su progenitor y perciben una cantidad fija con independencia de su edad.

Finalmente, cada *hermano* recibe una cantidad fija en función de su edad, según tenga más o menos de 30 años.

Se introduce, como novedad, la figura de los *allegados*. Estos serán quienes, sin tener la condición del resto de perjudicados mencionados, hubieran convivido familiarmente

con la víctima durante un mínimo de cinco años inmediatamente anteriores al fallecimiento y fueran personas especialmente cercanas a ella en parentesco o afectividad. El allegado también percibe una cantidad fija.

Asimismo, también se contemplan los *perjudicados por sustitución y por ausencia* en caso de que los perjudicados mencionados no existieran o no cumplieran las funciones propias familiares que se espera de ellos.

Perjuicio Personal Particular, Tabla 1.B

En cuanto a los perjuicios personales particulares, se contemplan los siguientes: *perjuicio particular por discapacidad física, intelectual, sensorial u orgánica del perjudicado previa o a resultas del accidente, por convivencia del perjudicado con la víctima, del perjudicado único de su categoría, del perjudicado familiar único, por fallecimiento del progenitor único, por fallecimiento de ambos progenitores, por fallecimiento del hijo único, por fallecimiento de víctima embarazada con pérdida de feto.*

Asimismo, también se incluyen los *perjuicios excepcionales* del artículo 33, con un límite máximo de incremento del 25% del perjuicio personal básico. Todos ellos suponen un plus de daño moral para el perjudicado beneficiario del daño por fallecimiento.

Perjuicio Patrimonial, Tabla 1.C

Por lo que se refiere a los perjuicios patrimoniales, se distinguen dos categorías: el daño emergente y el lucro cesante futuro que sufren los perjudicados que dependían económicamente de los ingresos netos del trabajo personal de la víctima por el fallecimiento de ésta.

a) Daños emergentes

En cuanto al primero, se indemnizan el perjuicio patrimonial básico, que consiste en una cantidad fija que recibe cada perjudicado sin necesidad de justificación. Si los gastos superan el límite de 400 € sería necesario aportar una justificación sobre el exceso. Luego están los Gastos específicos o Gastos de traslado del fallecido, entierro y funeral conforme a los usos del lugar.

b) Lucro cesante por muerte

Dentro del perjuicio patrimonial, la verdadera novedad es la indemnización del lucro cesante. Este incorpora para su cálculo una metodología actuarial que se refleja en las tablas de lucro cesante denominadas 1.C que, además, están establecidas para cada tipo de perjudicado.

La metodología consiste en calcular el lucro cesante como la diferencia del valor actual actuarial de los ingresos netos del perjudicado que deja de obtener por el fallecimiento de la víctima de quien dependía y del valor actual actuarial de las pensiones públicas (viudedad en caso de cónyuge, orfandad en caso de hijos, o de familiares a cargo en otros casos) a los que tenga derecho el perjudicado por el fallecimiento de la víctima.

La regulación considera que tal dependencia existe si el perjudicado es cónyuge del fallecido, la presume "iuris tantum" cuando los perjudicados son los hijos menores de 30 años, salvo que se prueba su no dependencia y, en todos los demás casos, considera que debe probarla quien la alegue.

Para realizar una explicación sencilla de la metodología de cálculo, la Ley utiliza el concepto del multiplicando y del multiplicador.

1. Multiplicando

El multiplicando es el 100% del ingreso neto de la víctima y se distinguen distintos tipos de multiplicandos según se trate de víctimas con ingresos de trabajo personal o en situación de desempleo.

El cómputo de ingresos por trabajo personal de la víctima son los ingresos netos percibidos durante el año anterior al del accidente o la media de los tres años anteriores, si ésta fuera superior. En caso de desempleo, se toma la prestación por desempleo. De no haber percibido dicha prestación, se toma como mínimo 1 salario mínimo interprofesional (SMI).

En este caso, si la víctima se encuentra, por ejemplo, cinco años en situación de desempleo y no recibe a su favor ninguna prestación pública de tipo contributivo por su trabajo personal, se puede deducir que su familia no dependía económicamente de su trabajo personal en el momento del accidente y, por tanto, en caso de fallecimiento no existiría lucro cesante para la familia del fallecido.

Un caso especial son las víctimas con dedicación exclusiva a las tareas del hogar de la unidad familiar. La Ley establece una aproximación de la valoración del trabajo doméstico y lo sitúa sus en un 1 SMI anual. Este se puede incrementar en un 10% adicional si la unidad familiar está compuesta por más de dos personas y hay menores, discapacitados a su cargo o mayores de 67 años. Este incremento puede alcanzar un máximo de 1,5 SMI anual.

En caso de víctimas con dedicación parcial a las tareas del hogar de la unidad familiar que hayan reducido su jornada para compatibilizar el trabajo remunerado con las tareas del hogar, se calcula la indemnización con un tercio de la cantidad correspondiente a la indemnización por lucro cesante en caso dedicación exclusiva a las tareas del hogar.

Este lucro cesante por dedicación parcial a las tareas del hogar es compatible con el lucro cesante por trabajo personal.

2. Multiplicador

Por otro lado, se define al multiplicador como el coeficiente que se obtiene para cada perjudicado y resulta de combinar una serie de factores como la cuota del perjudicado, las pensiones públicas a las que tenga derecho el perjudicado, la duración de su dependencia económica, el riesgo de su fallecimiento, y la tasa de interés de descuento que tiene en cuenta la inflación.

La variable más destacada es la *cuota que corresponde a cada perjudicado*. Del total de los ingresos de la víctima, se considera que la víctima destinaba una parte a cubrir sus propias necesidades (la llamada "cuota sibi") y, el resto, a cubrir las necesidades de sus familiares.

El valor de esa "cuota sibi" depende del número de familiares y se considera que en ningún caso puede ser inferior al 10% de los ingresos netos, por lo que la renta a distribuir entre los familiares nunca podrá ser superior al 90%.

El sistema considera que la cuota que corresponde al cónyuge o al familiar único es del 60%, la que corresponde a los hijos del 30%, y el 20% para cualquier otro familiar distinto de éstos.

De esta forma, cuando se calcula la indemnización por lucro cesante de los diferentes perjudicados, si la suma de las cuotas excede el 90% de los ingresos de la víctima,

la indemnización de cada uno de los perjudicados se reduce proporcionalmente en la relación $90/\Sigma$ cuotas como coeficiente reductor.

Otro importante factor es la *duración de la dependencia económica*. En el caso de ascendientes o discapacitados con dependencia económica, la duración del perjuicio económico se considera de tipo vitalicio. Sin embargo, en el caso de cónyuge, hijos, hermanos, nietos y allegados, la duración del perjuicio es de tipo temporal, estableciéndose para el cónyuge una duración para su cálculo del lucro cesante equivalente a la duración del matrimonio con un mínimo de 15 años. En el caso de hijos, nietos o hermanos menores de 30 años, la duración del perjuicio viene determinada por 30 menos la edad del hijo, nieto o hermano, con una duración mínima de 3 años. Para edades superiores a 30 años, la duración del perjuicio calculado es de 3 años.

En el modelo matemático de cálculo de indemnizaciones se estiman *las pensiones públicas* a las que tienen derecho los perjudicados basándose su cálculo en el régimen general de la Seguridad Social. No obstante, en este último caso, el perjudicado podrá acreditar que no tiene derecho pensión pública alguna o que tiene derecho a una pensión pública distinta de la prevista en las bases técnicas actuariales del cálculo del multiplicador.

c) La indemnización

La indemnización de los perjudicados económicos por el fallecimiento de la víctima se establece en las tablas 1.C.1 a 1.C.7 para cada tipología de perjudicado. Para obtener la indemnización de la tabla correspondiente se entra en la misma con el 100% del ingreso neto de la víctima y con la edad del perjudicado, si el salario se encuentre entre dos niveles se toma siempre el superior. En el caso del cónyuge, además de las dos variables de entrada anteriores, edad e ingreso neto, es necesario establecer los años de duración del matrimonio con el objeto de seleccionar adecuadamente la tabla a aplicar y obtener la indemnización correspondiente a la duración de su perjuicio.

Cuando la suma de las cuotas de los perjudicados supere el 90% del ingreso neto de la víctima, como se ha indicado anteriormente con el objeto de mantener el autoconsumo mínimo en el 10%, es necesario aplicar a las indemnizaciones de los perjudicados obtenidas de las tablas un coeficiente reductor que se calcula como $90/\Sigma$ cuotas. De esta forma, se reducen todas las indemnizaciones de los perjudicados proporcionalmente manteniendo una "cuota sibi" mínima para la víctima del 10% de su ingreso neto.

Otro tipo de ajuste que se realiza a la indemnización es cuando existe un único perjudicado económico distinto de cónyuge. Si el perjudicado único fuera el hijo, la indemnización obtenida de su tabla se multiplica por dos, y en el caso de otro perjudicado distinto de hijo, la indemnización obtenida de su tabla se multiplica por tres.

En ambos casos se ha tratado de no añadir más complejidad al sistema y establecer una aproximación al cálculo de la indemnización si se hubiera calculado el perjuicio del perjudicado único con una cuota del 60% como indica la norma.

Por último, en caso de víctimas con dedicación exclusiva a las tareas del hogar, no existe una tabla propia ya que se utilizan las mismas tablas que para los perjudicados en el caso general. Sin embargo, el lucro cesante obtenido se incrementa en un 25% con el objeto de compensar económicamente la imposibilidad de obtener pensiones públicas de muerte que minoren el perjuicio.

4. INDEMNIZACIONES POR SECUELAS

Perjuicio Personal Básico, Tabla 2.A.1 y Tabla 2.A.2

La norma define las “secuelas” como “las deficiencias físicas, intelectuales, orgánicas y sensoriales y los perjuicios estéticos que derivan de una lesión y permanecen una vez finalizado el proceso de curación”, indicando que “el material de osteosíntesis que permanece al término de este proceso tiene la consideración de secuela”.

En la actualidad, la medición del perjuicio psicofísico de las secuelas se realiza mediante un porcentaje de menoscabo expresado en puntos, con un máximo de 100. Mientras, la puntuación del perjuicio estético se realiza por separado y en una escala cuyo valor máximo es 50 puntos.

La indemnización del perjuicio personal básico por secuelas se obtiene de la aplicación del *Baremo médico o Tabla 2.A.1*. Esta tabla contiene la relación de secuelas del perjuicio psicofísico permanente, con su nueva clasificación por aparatos o sistemas del cuerpo humano, su descripción y medición según intensidad, con mención especial al perjuicio estético y de su valoración económica.

Esta última se obtiene del *Baremo Económico o Tabla 2.A.2* y se expresa en una matriz de edades y puntos (98x100). A cada edad, desde los dos a los 100 años, le corresponde una indemnización de 1 a 100 puntos. La intersección de la fila de puntos y de la

columna de edades determina la indemnización básica que se suma el importe del perjuicio estético.

Por otro lado, se contienen una serie de reglas de aplicación del perjuicio físico, intelectual, orgánico y sensorial como las relativas a la suma de *secuelas concurrentes* aplicando la tradicional fórmula de Balthazard, o el nuevo concepto de secuelas intergravatorias, y/o la fórmula de secuelas agravatorias de estado previo.

Las *secuelas intergravatorias* son aquellas secuelas concurrentes derivadas de un mismo accidente que, afectando a funciones comunes, producen por su recíproca influencia una agravación significativa de cada una de ellas. Estas secuelas se valoran, según lo dispuesto en la Tabla 2.A.1 respecto de secuelas bilaterales, o en caso de no estar previstas en la misma, incrementando en un 10% el resultado de la fórmula de secuelas concurrentes. También se incorpora con su fórmula de cálculo las *secuelas agravatorias de estado previo*. Es decir, aquella secuela que, existiendo con anterioridad al accidente, se agrava a consecuencia del mismo.

Perjuicio Personal Particular, Tabla 2.B

En cuanto al perjuicio personal particular hay que distinguir los *daños morales complementarios por perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial y por perjuicio estético*. Por estos daños se entienden los ocasionados cuando una sola secuela alcanza al menos 60 puntos, o las concurrentes una puntuación de 80 puntos, o cuando la puntuación por perjuicio estético es superior a 36 puntos. En todos los casos existe una horquilla indemnizatoria con un mínimo y un máximos expresado en euros.

Por otro lado, *el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas* compensa el perjuicio moral particular por las secuelas que impiden o limitan la autonomía personal de la víctima para realizar las actividades esenciales de la vida ordinaria o su desarrollo personal mediante actividades específicas. Se establecen diferentes grados por pérdida de calidad de vida, según la limitación que produzcan en su autonomía, en la realización de sus actividades específicas de desarrollo personal o en su trabajo. Así se definen los niveles de pérdida de calidad de vida muy grave, grave, moderado y leve.

No obstante, el perjuicio de calidad de vida leve sólo se contempla en secuelas de más de seis puntos o si, con una puntuación menor, se pierde parcialmente la actividad profesional que se venía ejerciendo.

Este perjuicio engloba diversos aspectos:

- a) La pérdida de autonomía personal, que afecta a las actividades esenciales de la vida ordinaria.
- b) La pérdida de desarrollo personal, que afecta a las actividades específicas que realizan las personas.
- c) El perjuicio moral vinculado al desempeño de un trabajo profesión.

La pérdida de autonomía personal consiste en el menoscabo físico o psíquico que impide o limita la realización de las actividades esenciales de la vida ordinaria tales como comer, beber, asearse, vestirse, etc.

La pérdida de desarrollo personal, en cambio, es la que impide o limita toda una serie de actividades mediante las cuales el perjudicado se realiza como persona, tanto en su dimensión individual como social. Incluye así actividades tales como las relativas al disfrute o placer, a la vida de relación, a la actividad sexual, al ocio y a la práctica de deportes, a la formación, etc. El perjuicio moral o extramatrimonial que comporta no poder desempeñar un trabajo o profesión se halla incluido también, ya que el trabajo, además de un medio de procurarse la subsistencia, supone un instrumento de desarrollo personal.

También se contempla el *perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados* que compensa la sustancial alteración que causa en las vidas de los familiares la prestación de cuidados continuados de grandes lesionados, reconociéndose la legitimación para reclamarlo únicamente al lesionado, y finalmente la *pérdida de feto a consecuencia del accidente y los perjuicios excepcionales*.

Perjuicio Patrimonial, Tabla 2.C

En lo que se refiere al perjuicio patrimonial, hay que distinguir, de nuevo, entre daños emergentes y el lucro cesante que sufre el lesionado por la incapacidad absoluta, total o parcial que le producen las secuelas del accidente al lesionado.

Los daños emergentes se pueden clasificar en dos grupos. Primero, aquellos que están relacionados con la asistencia futura del lesionado, entre los que se encuentran los gastos previsibles de asistencia, sanitaria futura, los gastos de rehabilitación que se produzcan tras la estabilización del lesionado, y los recambios de prótesis y ortesis

que precise el lesionado de futuro. En el otro grupo estarían encuadrados los gastos que están vinculados a la pérdida de autonomía del lesionado, como son los gastos destinados a ayudas técnicas o productos de apoyo, gastos para la adecuación de vivienda, los gastos por el incremento de los costes de movilidad y la necesidad de ayuda de tercera persona.

a) Daños emergentes: asistenciales futuros

• Gastos previsibles de asistencia sanitaria futura

Compensan el valor económico de las prestaciones sanitarias en el ámbito hospitalario y ambulatorio que precise el lesionado de forma vitalicia después de la estabilización de las lesiones. Incluidas las que se produzcan en el ámbito domiciliario que no puedan ser prestadas por ayuda de tercera persona.

En todo caso, se reconoce este derecho a unos supuestos tasados de lesionados de gran gravedad sin necesidad de prueba como estados de coma vigil o vegetativos crónicos, secuelas neurológicas en sus grados muy grave o grave, lesiones medulares iguales o superiores a 50 puntos y amputaciones u otras secuelas que precisen la colocación de prótesis. Se presume, salvo prueba en contrario, que dan lugar a compensación las secuelas iguales y superiores a 50 puntos y las concurrentes e intergravatorias, superiores a 80 puntos. Para secuelas establecidas entre 30 y 50 puntos se establecen unas exigencias de prueba pericial médica por parte del perjudicado para que se reconozca este derecho según la gravedad de las lesiones.

Dichos gastos deberán ser abonados directamente por las aseguradoras a los servicios públicos de salud dentro de los límites establecidos en la *Tabla 2.C.1*, que incorpora una relación de secuelas susceptibles de generar asistencia médica futura después de la estabilización, pudiendo el lesionado recibir las prestaciones a su elección, o bien por los servicios públicos de salud o bien por centros privados que hayan suscrito conciertos con los mismos. Para ello, las aseguradoras podrán suscribir convenios con los servicios públicos de salud.

• Los gastos de rehabilitación domiciliaria y ambulatoria

Se resarcen directamente al lesionado los gastos hasta el límite expresado en la *Tabla 2.C* en que incurra por estos conceptos a lo largo de su vida, respecto a secuelas que representen estados de coma vigil o vegetativos crónicos, secuelas neurológicas en sus grados muy grave o grave, lesiones medulares iguales o superiores a 50 puntos.

La necesidad, periodicidad y cuantía deberán acreditarse mediante informe médico. Dichos gastos se pueden resarcir en forma de capital indemnizatorio, utilizando el factor actuarial previsto en la *Tabla técnica (TT1)* que tiene en cuenta la edad a la fecha de estabilización y si nos encontramos en una caso de secuelas en general o para secuelas con pérdida de autonomía que da lugar a pérdida de calidad de vida grave o muy grave.

- **Los gastos de remplazo de prótesis y ortesis**

Se resarcen directa e igualmente al lesionado hasta el límite por recambio establecido en la *Tabla 2.C* en que se incurra por estos conceptos a lo largo de su vida. Mediante informe médico se establecerá la necesidad, periodicidad del recambio y cuantía de la prótesis que precise el lesionado en función a su edad y a sus circunstancias personales.

Dichos gastos se pueden resarcir en forma de capital indemnizatorio, utilizando el factor actuarial previsto en la *Tabla técnica (TT3)* para prótesis y ortesis que se establece en función de la pérdida de autonomía que da lugar a una pérdida de calidad de vida grave o muy grave o moderada, los años de recambio y la edad del lesionado en la primera sustitución o reemplazo después de la estabilización.

b) Daños emergentes: asociados a la pérdida de autonomía personal

- **Ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal**

Se resarcen directamente al lesionado el importe de gastos por este concepto precise a lo largo de su vida por pérdida de autonomía muy grave o grave en función de lo que se establezca en informe médico y hasta el importe máximo que se establece en la *Tabla 2.C*.

- **Adecuación de vivienda**

Se resarcen las obras de adecuación de la vivienda a las necesidades de los lesionados que sufren una pérdida de autonomía muy grave o grave con los importes máximos establecidos en la *Tabla 2.C*. Si no fuera posible adaptar la vivienda a sus necesidades, se podrá adquirir o arrendar otra vivienda adaptada de características similares. En ese caso se resarce la diferencia entre del valor de venta o de la renta capitalizada de ambas viviendas y los gastos que tal operación genere.

- **Perjuicio patrimonial por el incremento de costes de movilidad**

Se resarce hasta los límites establecidos en la *Tabla 2.C* el incremento de los costes de movilidad, en función de los siguientes criterios: grado de la pérdida de autonomía del lesionado, posibilidad de adaptación del vehículo o, en caso de su imposibilidad, la adquisición de un nuevo vehículo adaptado que guarde cierta proporción y gama con el vehículo sustituido. En caso de sustitución se descontará del vehículo nuevo el valor venal del vehículo sustituido. También se tendrá en cuenta las futuras adaptaciones del vehículo en función de la edad del lesionado y de la vida útil del vehículo y, por último, el sobre coste de desplazamiento en caso de no adaptación cuando la pérdida de autonomía le provoque graves dificultades para utilizar medios de transporte público.

- **Los gastos de ayuda de tercera persona**

Compensan el valor económico de las prestaciones no sanitarias, desde su estabilización, que precisa el lesionado con secuelas que implican una pérdida de autonomía personal. La necesidad de ayuda de tercera persona se fija en la *Tabla 2.C.2*, que expresa la ayuda en horas en función del tipo de secuela. Dan lugar a necesidad de ayuda de tercera persona las secuelas iguales y superiores a 50 puntos y las concurrentes e intergravatorias, superiores a 80 puntos, o aquellas que siendo menores afecten especialmente a la autonomía personal. En los supuesto no previstos en *Tabla 2.C.2* sólo pueden indemnizarse si se acredita su existencia mediante una pericial médica.

Existen una serie de reglas de aplicación cuando existe más de una secuela para determinar el número de horas dependiendo si la secuela mayor es menor o superior a seis horas. Si la secuela mayor es menor a seis horas, el número de horas se obtiene sumando a la secuela mayor el 50% de las horas del resto de las secuelas. Por el contrario, si la secuela mayor es superior a seis horas, el número de horas se obtiene sumando a la secuelas mayor el 25% de las horas del resto de secuelas expresada en la *Tabla 2.C.2*. En caso que existan secuelas que agraven un estado previo, existe una fórmula de aplicación para su cálculo de horas.

Para determinar la indemnización, la metodología utilizada consiste en calcular la indemnización como la diferencia del valor actual actuarial del coste de los servicios prestados por necesidad de ayuda de tercera persona en función del número diario de horas que necesita el lesionado, menos el valor actual actuarial de las prestación por dependencia que el lesionado tenga derecho. Al igual que en el caso de cálculo de lucro cesante, para simplificar su cálculo, se parte del concepto de multiplicando y del multiplicador, siendo el multiplicando el coste de los servicios en el momento de la

estabilización expresado en número de horas de asistencia. La regulación establece que el coste hora a utilizar es 1,3 el precio hora del SMI.

Por su parte, el multiplicador es el coeficiente que para cada edad resulta de combinar diversos factores como la duración vitalicia del perjuicio, el riesgo de fallecimiento, la tasa de interés de descuento que tiene en cuenta la inflación y las prestaciones públicas a las que tenga derecho el lesionado. Este coeficiente también tiene en cuenta los incrementos de horas de ayuda en domicilio en función de la edad que han sido establecidos para mayores de 50 años y hasta 60 años en un 10%; desde 60 años y hasta 70 años, en un 15%; y desde 70 años, en un 30%.

La determinación de la cuantía indemnizatoria es la que consta en la *Tabla 2.C.3* que fija el valor económico que corresponde en función del número de horas y de la edad del lesionado.

- **Lucro cesante por secuelas**

En los supuestos de secuelas, el lucro cesante, consiste en la pérdida de capacidad de ganancia por trabajo personal o la disminución neta de ingresos netos provenientes del trabajo personal del lesionado que las secuelas le ocasionan al lesionado por:

- Incapacidad permanente absoluta: son aquellos supuestos en que el lesionado queda incapacitado para realizar cualquier trabajo o actividad profesional, considerándole un perjuicio económico equivalente al 100% de su ingresos netos.
- Incapacidad permanente total: el lesionado queda incapacitado para realizar su trabajo o profesión habitual. Se le considera un perjuicio equivalente al 55% hasta los 55 años, y del 75% a partir de esa edad.
- Incapacidad permanente parcial: que disminuyan parcialmente los ingresos del lesionado de forma acusada. Se presume que la disminución es acusada cuando sea igual o superior al 33% de los ingresos. Ello da lugar a que, por debajo de esta reducción del 33%, aunque se produzca, no existe indemnización por lucro cesante por incapacidad parcial.

La metodología utilizada para la construcción de la *Tablas 2.C* de lucro cesante por secuelas, consiste en calcular el lucro cesante como la diferencia del valor actual actuarial de los ingresos netos del perjudicado que deja de obtener por los tipos de incapacidad permanente señalados anteriormente, y del valor actual actuarial de las pensiones públicas a las que, según el tipo incapacidad permanente, tendría derecho

el lesionado. Para realizar una explicación sencilla de la metodología de cálculo la Ley utiliza el concepto del multiplicando y del multiplicador.

a) Multiplicando de trabajadores activos o en situación de desempleo

El cómputo de ingresos por trabajo personal de la víctima son los ingresos netos percibidos durante el año anterior al del accidente o la media de los tres años anteriores, si ésta fuera superior. En caso de desempleo, se toma la prestación por desempleo y, de no haberlas percibido, se toma como mínimo 1 SMI. En todo caso, el ingreso mínimo que siempre se tendrá en cuenta será 1 SMI.

Esta última consideración provoca que en secuelas, si un lesionado ha trabajado alguna vez y en el momento del accidente no trabaja y no tiene prestación contributiva por desempleo, siempre tendrá derecho a lucro cesante, porque, aunque en ese momento no tuviera ingresos, en el futuro sí podría tenerlos. Por tanto, lo que se indemniza es la pérdida de capacidad de ganancia que se establece en 1 SMI anual de futuro.

Como vemos, este caso es distinto al caso de lucro cesante por fallecimiento, donde si la víctima había estado en situación de desempleo los tres años anteriores al de su fallecimiento, y no percibía prestación contributiva alguna, sus perjudicados no podrán ser dependientes económicos porque en el momento del accidente ya no lo eran.

b) Multiplicando de menores de 30 años pendientes de acceder al mercado laboral

Este precepto se refiere a lesionados jóvenes que todavía no han entrado en el mercado laboral pero que, debido a las secuelas, ya no podrán desempeñar durante el resto de su vida ningún trabajo o profesión que les proporcione ingresos futuros, o verán muy reducidas sus posibilidades de obtenerlos.

En el caso de lesionados pendientes de acceder al mercado laboral, su pérdida de capacidad de obtener ganancia sólo se tendrá en cuenta en los supuestos de incapacidad permanente absoluta e incapacidad permanente total. No se contempla la incapacidad permanente parcial. En el primer caso se computa como ingreso dejado de obtener, a los efectos de determinar el multiplicando, de 1,5 veces el SMI anual y en el segundo, de un 0,8 SMI anual. En todo caso, se presume que la fecha inicial de generación de las rentas por trabajo es a partir de los 30 años.

Dado que parece que este precepto se aplica a aquellos jóvenes que nunca se han incorporado al mercado laboral, ello lleva a reflexionar que si algún joven de menos

de 30 años ha trabajado alguna vez, su indemnización debería calcularse de acuerdo con las tablas generales de trabajadores activos o desempleados.

c) Multiplicando en dedicación exclusiva a las tareas del hogar

Finalmente, respecto a los lesionados con dedicación a las tareas del hogar de la unidad familiar, si al ocurrir del accidente se dedicaban a las tareas del hogar de modo exclusivo y quedan incapacitados para realizar todo tipo de actividad laboral o profesional, se valorará su trabajo no remunerado en el equivalente a un 1 SMI anual. Este podrá incrementarse hasta un 1,5 SMI en función de la existencia en la unidad familiar de menores, discapacitados o familiares mayores de 67 años.

Si el lesionado con dedicación exclusiva queda tan solo incapacitado para realizar las tareas fundamentales del hogar (incapacidad total), se computa como ingreso dejado de obtener el 55% de las cantidades que resultan del cálculo anterior.

En cambio, si la dedicación del lesionado no era exclusiva por hallarse acogido a una reducción de la jornada de trabajo para compatibiliza el trabajo remunerado con las tareas del hogar, su resarcimiento será de un 1/3 del que resulta de los cálculos anteriores que correspondan.

d) Multiplicador

El multiplicador es el coeficiente que para cada lesionado resulta de combinar los factores siguientes:

- Las pensiones públicas de incapacidad permanente absoluta, total o parcial a las que tenga derecho el lesionado. Se utilizan en el cálculo actuarial para deducir su importe del resarcimiento que corresponde al lesionado y se trata de pensiones estimadas, aunque puede acreditarse la percepción de pensiones distintas.
- La duración del perjuicio. La duración del perjuicio se establece desde la fecha de la estabilización de las secuelas hasta la edad legal de jubilación (67 años), excepto si la incapacidad permanente es parcial la duración del perjuicio es de dos años.
- El riesgo de fallecimiento en función de su grado de incapacidad.
- La tasa de interés de descuento, que tiene en cuenta la inflación.

e) La indemnización

La indemnización en caso de trabajadores o desempleados que sus secuelas le causen la incapacidad viene establecida en las *Tablas 2.C.4, 2.C.5 y 2.C.6* en caso de incapacidad permanente absoluta, total y parcial respectivamente. Para obtener la indemnización de la tabla correspondiente se entra con el 100% del ingreso neto y con la edad del lesionado, salvo que su salario se encuentre entre dos niveles en cuyo caso siempre se toma el superior.

Para lesionados pendientes de acceder al mercado laboral se utilizan las *Tablas 2.C.7 y 2.C.8* para incapacidad permanente absoluta y total, respectivamente. Se prevé que la indemnización que resulte podrá incrementarse hasta un 20% si el lesionado tuviere un nivel de formación superior o equivalente.

Por último, en caso de lesionados con dedicación exclusiva a las tareas del hogar, no existe una tabla propia ya que se utilizan las *Tablas 2.C.4 y 2.C.5* para incapacidad permanente absoluta y total respectivamente, incrementadas en un 25% con el objeto de compensar económicamente la imposibilidad de obtener pensiones públicas de incapacidad que minoren el perjuicio.

5. INDEMNIZACIONES POR LESIONES TEMPORALES

Son lesiones temporales las que sufre el lesionado desde el momento del accidente hasta el final de su proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela.

Merece destacar como novedad la regulación de la indemnización por *traumatismos menores de la columna vertebral*. Se definen como aquellos los que se diagnostican sobre la base de la mera manifestación del dolor y que no se pueden verificar mediante pruebas médicas complementarias. Estos traumatismos se indemnizan como lesiones temporales siempre que se presente alguno de los criterios médicos legales de causalidad previstos:

- *De exclusión que no medie otra causa que justifique totalmente la patología.*
- *Cronológico que los síntomas o consulta médica se produzca en plazo máximo de 72 horas.*
- *Topográfico que exista relación entre la zona corporal afectada por el accidente y la lesión sufrida y de*

- *Intensidad* que exista adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción.

No obstante, se podrá indemnizar por secuela derivada de un traumatismo cervical menor, siempre que exista un informe médico concluyente que acredite su existencia. Estas mismas reglas serán de aplicación en el resto de traumatismos menores de la columna vertebral descritos en el baremo de secuelas.

El legislador conocedor que en este tipo de daños existe un serio problema de prueba, que ha dado lugar a un número muy elevado de abusos en contra de los intereses de los verdaderos afectados. Especialmente en algunos territorios. Por esta razón, el legislador ha intentado incorporar una regla jurídica que pretende, con un alto grado de probabilidad, discernir mediante la aplicación de los citados criterios de causalidad, la realidad de lo fingido o inexistente.

De este modo, si estos criterios se cumplen, la probabilidad de la existencia del daño es muy alta y las lesiones temporales son indemnizadas. Por el contrario, si los criterio de causalidad no se cumplen, con un alto grado de probabilidad el daño no ha existido y, por tanto, la lesión temporal es fingida.

Perjuicio Personal Básico, Tabla 3.A

Por otra parte, en cuanto al perjuicio personal básico, se define como el perjuicio común que se padece desde la fecha del accidente hasta el final del proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión. Es el equivalente a la incapacidad temporal actual por días no impositivos. Se establece como una cantidad fija diaria.

Perjuicio Personal Particular, Tabla 3.B

El perjuicio personal particular, se define como perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida. Es decir, como el perjuicio moral particular que sufre la víctima por la limitación que le producen las lesiones o su tratamiento en su autonomía o desarrollo personal. Se distinguen distintos tipos de grados de perjuicio, en función de la limitación que producen:

- Muy grave: pérdida temporal para ejercer la casi totalidad de actividades esenciales. Como ejemplo se citan los días de estancia en unidad de cuidados intensivos.

- Grave: pérdida de autonomía para realizar una parte relevante de actividades esenciales o la mayor parte de actividades específicas. Como ejemplo se citan los días de estancia hospitalaria.
- Moderado: pérdida temporal de realización de una parte relevante de actividades específicas.

La imposibilidad de realizar temporalmente la actividad laboral, se debe encuadrar en cualquiera de estos grados, siendo entre ellos excluyentes.

Además, se reconoce un plus de compensación en concepto de *perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas*, indemnizándose en un rango establecido de cantidades mínimas y máximas.

Perjuicio Patrimonial, Tabla 3.C

En lo referido al perjuicio patrimonial, se distinguen tres conceptos:

Gastos de asistencia sanitaria

Son los gastos de asistencia sanitaria y de prótesis, ortesis y ayudas técnicas que precise el lesionado hasta la estabilización de sus lesiones, pudiendo ser satisfechos directamente por las aseguradoras a los centros sanitarios a través de los convenios sanitarios que se suscriban.

Gastos diversos resarcibles

Son los gastos que produce la lesión en el desarrollo ordinario de la vida diaria del lesionado hasta la estabilización de las lesiones. Como ejemplo se citan los incrementos de costes de movilidad, desplazamientos de familiares para atenderle, etc.

Lucro cesante

Definido como la pérdida o disminución de ingresos netos provenientes del trabajo personal o, en su caso, de su dedicación exclusiva a las tareas del hogar durante el periodo de lesión temporal. Es necesario indicar que sólo puede existir lucro cesante

en los días que el lesionado este limitado o impedido para la realización de su actividad profesional por lo que sólo podrán computar los días en los que exista algún grado de pérdida de calidad de vida.

La valoración por dedicación a las tareas del hogar es 1 SMI/día con el límite de una mensualidad en los supuestos de curación sin secuelas o secuelas inferiores a tres puntos. En los demás casos se aplican los criterios del artículo 131 relativos al multiplicando de secuelas. La indemnización por lucro cesante por tareas del hogar es incompatible con el resarcimiento de los gastos de sustitución de las mencionadas tareas.

Aunque no son parte del sistema de valoración, es necesario hacer mención a continuación de una serie de modificaciones importantes que han sido incorporadas al Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

La culpa concurrente

Es importante resaltar dentro del artículo único la primera de las novedades incorporadas en el Texto refundido como es la modificación del artículo uno relativo a la reducción de las indemnizaciones y gastos hasta un máximo del 75%, cuando la víctima capaz de culpa civil contribuya a la producción del daño. Se enumeran como ejemplos la falta de uso de cinturones, casco u otros elementos protectores. Realmente, el mencionado límite del 75% no es ninguna novedad, ya que se puede apreciar en distintas tablas del baremo anterior y ahora lo único que se hace en el nuevo texto legal es explicitarlo y aclararlo.

No obstante, se excluye de esta regla en el caso de secuelas y lesiones temporales a las víctimas no conductoras que sean menores de 14 años o personas que sufran un menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico, que les prive de la capacidad de culpa civil, excluyéndose asimismo la acción de repetición contra padres y tutores. Tales reglas no procederán, como es lógico, si la contribución al daño es de tipo doloso. Las reglas señaladas en los puntos anteriores se aplicarán también en los casos en que la víctima incumpla el deber de mitigar el daño (por ejemplo, si abandona de modo injustificado el proceso curativo).

Sin embargo, en caso de fallecimiento, sí se admite la concurrencia de culpa de los padres respecto a la indemnización que éstos han de recibir, ya que en este caso tiene todo el sentido de que no puedan beneficiarse como perjudicados por su propia negligencia.

La oferta motivada

Asimismo, es relevante la modificación del artículo siete “Obligaciones del asegurador y del perjudicado”, que incorpora un procedimiento extrajudicial en las reclamaciones por daños personales. En este caso, el legislador, tras la despenalización de las faltas por daños personales en la pasada reforma del Código Penal, ha pretendido encontrar una solución sin excesivo coste para las víctimas para la resolución de conflictos de valoración evitando a la víctima incurrir en los costes procesales de una demanda civil.

Dentro del contexto de la oferta y respuesta motivada se articula la “reclamación previa del perjudicado” como un nuevo requisito obligatorio para poner en marcha dicho procedimiento extrajudicial. Así, en caso de disconformidad con la valoración del daño establecida en la oferta motivada, las partes de común acuerdo y a costa del asegurador podrán solicitar informes periciales complementarios, incluso al Instituto de Medicina Legal. Esta opción también se traslada al perjudicado, que podrá solicitar dicho informe forense, aun sin acuerdo del asegurador y también a costa del mismo.

No obstante, en este caso, se prevé que el informe del Instituto de Medicina Legal también se entregue a la aseguradora para que ésta pueda realizar una nueva oferta motivada de indemnización. Reglamentariamente, se determinará el procedimiento a seguir en caso de solicitud de informe al Instituto de Medicina Legal. Además, se establece la necesidad de la especialización de los médicos forenses en la valoración del daño corporal.

Una vez presentada la oferta o respuesta motivada, en caso de disconformidad, el perjudicado podrá acudir, o bien al procedimiento de mediación previsto en el artículo 14 del Texto Refundido, o bien a la vía jurisdiccional oportuna para la reclamación de los daños. Se establecen como requisitos preceptivos para presentar a demanda judicial la aportación de los documentos que acrediten la presentación de la reclamación a la aseguradora y la oferta o respuesta motivada, en caso de haberse emitido.

El auto de cuantía máxima

Por otra parte, se modifica el régimen del auto de cuantía máxima previsto en el artículo 13 de tal forma que en los procesos penales incoados por un hecho cubierto por el seguro obligatorio de responsabilidad civil se deberá dictar auto de cuantía máxima en los supuestos de sentencias absolutorias, pero no en los casos de archivo o sobreseimiento, o cualquier otro tipo de resolución que pusiese fin al proceso. No obstante, en los casos de fallecimiento se dictará auto de cuantía máxima en cualquiera de los

supuestos, ya sea en sentencias absolutorias o en archivos o en sobreseimientos. Esta modificación también implica la modificación del apartado 8 del artículo 517.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil

Mediación civil

Asimismo, se incluye un procedimiento de mediación en los casos de controversia en el nuevo artículo 14. Cuando exista disconformidad con la oferta o respuesta motivada, las partes podrán intentar resolver la controversia mediante un procedimiento de mediación, según lo dispuesto en la *Ley 5/2012 de Mediación*, siendo el perjudicado quien podrá instar el inicio de dicho procedimiento con el nuevo sistema.

6. CONCLUSIONES

- Aborda y soluciona las interpretaciones del TS y de Audiencias Provinciales respecto a conceptos indemnizatorios no contemplados de manera autónoma (lucro cesante, o asistencia futura de los lesionados).
- Adapta y mejora las indemnizaciones por fallecimiento a las estructuras familiares actuales.
- Mejora las indemnizaciones de los grandes lesionados en sus gastos asistenciales y por pérdida de autonomía personal.
- Mantiene la estructura y el mecanismo del baremo actual sin que puedan indemnizarse perjuicios fuera del sistema.
- Su objetivación permite un fácil cálculo de las indemnizaciones.
- Introduce mecanismos para la indemnización del daño en lesiones cervicales menores no objetivas mediante prueba diagnóstica.

8. NOVEDADES EN EL SISTEMA DE VALORACIÓN EN ACCIDENTES DE TRÁFICO: ASPECTOS MÉDICOS DE LA REFORMA

Javier Alonso Santos

Director de Centros Médicos Propios MAPFRE

Según datos de la DGT, la evolución de los principales indicadores de siniestralidad refleja algunos datos interesantes, a destacar:

Los fallecidos, según los últimos datos, han disminuido en un 7,6% así como los lesionados graves (-8%) y sin embargo, los leves siguen evolucionando al alza con un crecimiento, aunque leve, del 1,1%.

Estos datos obligan a que la estrategia de la DGT sea ambiciosa en cuanto al comportamiento de nuestra siniestralidad y el objetivo para el año 2020 pasa por bajar la tasa de fallecidos a 37 por millón, a reducir el 35% los heridos graves, o a que no fallezca ningún niño por falta de uso del sistema de retención infantil.

Este anhelo de conseguir mejorar las consecuencias de los accidentes de tráfico convive con que, desgraciadamente, se siguen produciendo accidentes y con que, afortunadamente, las entidades aseguradoras están para ayudar en la compensación de sus adversas consecuencias.

El pasado 22 de septiembre de 2015 la Ley 35/2015 publica la Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios Causados en las Personas por Accidentes de Circulación y esto va a suponer a partir del 1 de enero de 2016 (fecha de su puesta en marcha) un gran avance no solo en el aspecto médico de la valoración del daño corporal sino también por el aumento de conceptos y situaciones especiales que contempla el Baremo con el único objetivo de mejorar las consecuencias derivadas de los accidentes de circulación.

1. JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de vista médico se ha pretendido que los cambios efectuados respondieran a los siguientes criterios:

- Adaptación a la realidad médico-científica.
- Corrección de deficiencias basadas en los conocimientos médicos actuales.
- Eliminar los desajustes advertidos y surgidos en su utilización durante estos últimos años.
- Presentar una estructura de clasificación más técnica y con mayor facilidad de aplicación.

Dichos cambios se han basado en tres pilares fundamentales que pasaban por establecer unos criterios de organización y estructuración conforme a criterios médicos actuales, adecuar las secuelas a criterios internacionales de valoración y que la redacción de las secuelas fuera conforme a la aparición de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento.

2. GRUPO DE TRABAJO

Para el desarrollo los contenidos de la tabla 2A1, correspondiente a la clasificación de las secuelas, y del resto de conceptos médicos, han intervenido más de 50 profesionales de la Medicina que durante varios años han realizado un trabajo minucioso y cuyo objetivo era el de mejorar la actual Tabla VI.

Dichos profesionales han trabajado de forma altruista y solamente exigían que las conclusiones de su trabajo se rigieran por la más absoluta independencia en sus decisiones y que el criterio clínico fuera el único que imperara en el desarrollo de su trabajo.

Su procedencia ha sido variada perteneciendo a los siguientes colectivos médicos: forenses, especialistas de la sanidad pública y privada, valoradores (aseguradoras e independientes), profesores de universidad, escuelas de Medicina Legal, sociedades científicas y médicos del Consorcio de Compensación de Seguros.

3. REFLEXIONES

El grupo médico que ha dirigido este trabajo ha sido consciente de que alcanzar un único criterio en esta materia es muy complejo, ya que la Medicina no es una ciencia exacta y las soluciones únicas en materia de valoración del daño son imposibles.

Hay que tener en cuenta que hacer “valoraciones” completamente objetivas no es nada fácil teniendo en cuenta el componente psíquico y emocional, y por tanto subjetivo, que conlleva la situación *secuelear* y que cada lesionado vive de forma diferente.

Somos conscientes de que el Baremo médico tendrá aspectos mejorables, y de ahí, y como en el resto de los países de nuestro entorno, habrá que hacer revisiones periódicas que actualicen la Tabla 2A1 y la adapten a los cambios que ocurrirán en la Medicina clínica y valoradora.

En esta ocasión el trabajo publicado en la Ley 35/2015 ha sido consensuado por los tres estamentos que lo han avalado, es decir, por los médicos del Consorcio de Compensación de Seguros, por los representantes de las Asociaciones de Víctimas y por el Comité Médico de la patronal aseguradora (UNESPA)

4. CRITERIOS GENERALES

Las mejoras han supuesto incluir una serie de conceptos que, sin duda, ayudarán a utilizar mejor este Sistema, siempre en beneficio de cumplir con el objetivo de este Sistema de valoración. Destacamos una serie de artículos:

Art. 11-9: “*necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración*”.

Será fundamental lo siguiente:

- La determinación y la medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse con informe médico.
- El lesionado debe prestar la colaboración necesaria y, si no se produce, la entidad aseguradora estará exenta de los intereses moratorios.
- La entidad aseguradora proporcionará informe médico al lesionado que permita valorar las secuelas y las lesiones temporales. Carecerá de validez la oferta motivada sin informe médico.

Capítulo II.

Este capítulo incluye una serie de artículos en los que quedan definidos unos conceptos de vital importancia, a destacar:

- Pérdida de autonomía personal o menoscabo que impida o limite la realización de las actividades esenciales de la vida diaria.
- Actividades esenciales de la vida ordinaria como comer, asearse, beber, sentarse, desplazarse, etc.
- Gran lesionado: aquel que no puede llevar a cabo las actividades esenciales de la vida ordinaria.
- Pérdida de desarrollo personal, es aquel menoscabo que impide o limita la realización de las actividades específicas del desarrollo personal.
- Actividades específicas de desarrollo personal o las relativas al disfrute o al placer, a la vida de relación, actividad sexual, ocio, etc...
- Asistencia sanitaria que incluye lo siguiente: servicios médicos, servicios hospitalarios, servicios farmacéuticos, prestaciones complementarias para el diagnóstico o tratamiento, transporte y rehabilitación.
- Prótesis, órtesis, ayudas técnicas (instrumentos y equipos de apoyo para neutralizar o mitigar deficiencias y limitaciones de actividad) y medios técnicos (ayudas técnicas incorporadas un inmueble).

5. REGLAS PARA LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

Se incluye el concepto de secuela argumentando que las mismas pueden ser físicas o psíquicas. Se miden en porcentaje de menoscabo expresado en puntos, manteniendo el límite de 100.

Sin embargo las secuelas estéticas que también se miden en porcentaje de menoscabo expresado en puntos pero manteniendo el máximo de 50 que corresponde al porcentaje de 100%.

Como principales novedades generales podríamos destacar las siguientes:

- Se hace nueva clasificación de los capítulos, más ordenada y médicamente más lógica. Se pasa de una estructura basada en segmentos corporales a una estructura de aparatos y sistemas.
- Se incorporan del orden de 50 secuelas más a la Tabla.
- Las puntuaciones de las secuelas se hacen en basándose en la proporcionalidad de la gravedad de las mismas. Se hacen más progresivas las escalas procurando que no haya coincidencias en los tramos y en algunas puntuaciones. Se comienzan los grados más leves en 1 punto, sin embargo permanece sin modificación un grupo importante de secuelas.
- Otras novedades importantes se refieren a que se ha obligado a la intervención de especialistas en los informes y se han introducido referencias a escalas de uso habitual por la práctica médicas (Oxford, DSM V, CIE 10, etc...).
- Al igual que en la versión anterior se establecen normas para la aplicación del perjuicio psicofísico. De modo que una secuela debe ser valorada una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados del Baremo. No se valoraran las secuelas que están incluidas o se derivan de otras, aunque estén descritas de forma independiente.
- La puntuación de una o varias secuelas de una articulación, miembro, aparato o sistema no puede sobrepasar la correspondiente a su pérdida total.
- Las secuelas no incluidas en ninguno de los conceptos del Baremo se miden con criterios análogos a los previstos en él.
- La puntuación otorgada a cada secuela e realizará, según criterio clínico, teniendo en cuenta su intensidad y gravedad desde el punto de vista anatómico funcional sin tomar en consideración la edad o el sexo del lesionado, ni la repercusión en sus diversas actividades.
- Se adjudica a cada secuela una puntuación fija o la que corresponda dentro de una horquilla con una puntuación mínima y máxima.
- En el caso de la concurrencia de secuelas derivadas del mismo accidente la puntuación final es la resultante de aplicar la fórmula de Balthazard $(((100 - M) \times m)) / 100] + M$.

De ser las secuelas más dos, para el uso de la mencionada fórmula se parte de la secuela de mayor puntuación y las operaciones sucesivas se realizarán en orden inverso a su importancia.

6. MODIFICACIONES MÁS IMPORTANTES

En primer lugar se modifica la estructura de los capítulos, pasando de ocho a diez, además del correspondiente al perjuicio estético. El siguiente cuadro muestra un comparativo con la Tabla VI.

Capítulo	Tabla VI Actual	Capítulo	Tabla 2.A.1
1	Cabeza	II	Sistema Nervioso
2	Tronco	III	Sistema músculo-esquelético
3	Aparato cardiovascular	IV	Órganos de los sentidos, cara y cuello
4	Extremidad superior y cintura escapular	IV	Sistema cardio-respiratorio
5	Extremidad inferior y cadera	V	Sistema vascular
6	Médula espinal y Pares craneales	VI	Sistema digestivo
7	Sistema nervioso periférico	VII	Sistema urinario
8	Sistema endocrino	VIII	Sistema reproductor
Especial	Perjuicio estético	IX	Sistema glandular endocrino
		X	Sistema cutáneo
		Especial	Perjuicio estético

A continuación se describen los cambios más relevantes desde el punto de vista de las secuelas. A destacar:

1. Se unifican las siguientes secuelas: "síndrome frontal, trastorno orgánico de personalidad y alteración de las funciones cerebrales superiores" Se considera que sus consecuencias son muy similares y que las valoraciones estaban duplicadas en el Baremo.

Se hace una mayor y mejor descripción del alcance de las consecuencias y se distribuyen en cuatro grados.

Como muestra de los cambios efectuados en el grado leve, antes, se describía, simplemente, como "la limitación leve de las funciones interpersonales y sociales de las actividades de la vida diaria" y con la descripción actual se consigue una mayor definición del alcance y transcendencia. A destacar:

- Trastornos de la memoria que dificultan la consolidación de lo aprendido
- Mínima labilidad emocional y leves alteraciones del sueño.
- Alteraciones cognitivas transitorias. No hay prácticamente ninguna alteración del lenguaje y es capaz de mantener la situación laboral.
- Reducción de la actividad social
- Autonomía completa para el cuidado personal

2. Trastornos permanentes del humor.

Se especifica, de forma más técnica, y se define como “trastornos depresivo mayor crónico” secuela que se deriva de tres categorías (leve, moderada y grave) y se exige que se cumplan los criterios DSMV y CIE 10, en función de la gravedad.

Asimismo se indica que para el diagnóstico de la secuela, se precisa seguimiento médico por especialista en psiquiatría y tratamiento específico.

3. Epilepsia:

Se hace una mejor definición y se matizan algunos aspectos:

- No se considera secuela si no hay evidencia de traumatismo craneal con afectación craneoencefálica y existencia de crisis.
- No se puntuará la secuela hasta haber agotado el periodo de estabilización o curación o adaptación al tratamiento.
- Las anomalías asiladas del EEG sin crisis no permiten el diagnóstico de epilepsia postraumática.

4. Desde el punto de vista neurológico se aísla, de forma independiente y con puntuación única, la secuela de “paraplejía D1” con 50 puntos y se añade la secuela “Dolor por desaferentación” de 5 a 20 puntos.

En el caso de esta última se debe acreditar con informe médico y tratamiento específico en Unidades del Dolor.

5. Secuelas derivadas del stress postraumático

Dicha secuela cuyo alcance y trascendencia puede ser muy variada e incluso interpretable se ha analizado en profundidad. Es por ello por lo que se han incluido varias consideraciones que se deben cumplir para verificar el verdadero diagnóstico:

- El accidente de tráfico debe ser de naturaleza amenazante y catastrófica con lesiones graves o mortales y la víctima se haya visto involucrada.
- Se requiere diagnóstico, tratamiento y seguimiento por parte del psiquiatra de forma continuada.
- Se deben seguir los criterios DSMV y CIE 10 para su diagnóstico.
- Para establecer la secuela se deberá considerar estabilizado el cuadro ansiofóbico, obtener un informe del psiquiatra con indicación intensidad sintomática y repercusión en las relaciones sociales.

6. Odontología y Maxilofacial

Se hace una nueva descripción, más orientada a la realidad clínica, de las secuelas de la articulación temporomandibular (A.T.M.).

La pérdida dentaria se valora de forma diferente según sea un incisivo/canino o premolar/molar.

De igual forma se tiene en cuenta, a la hora de valorar la pérdida dentaria, si existe o no la posibilidad de protetización. De modo que si la prótesis es removible se establece un porcentaje de reducción del 25%, si es prótesis fija se reduce en un 50% y si es implante osteointegrado se reduce en un 75%.

7. Extremidades

La de las extremidades superiores dependerá según el margen permitido de si es dominante o no.

Sin embargo en las extremidades inferiores se valora el grado de tolerancia de la prótesis.

8. Sistema cardiorrespiratorio

Se ha incluido la secuela de "Infarto de Miocardio postraumático" siempre y cuando sea derivado de traumatismo toraco-esternal o por desestabilización de estado anterior.

La función respiratoria, la cual debe ser valorada por especialista en Neumología, se cataloga en función de la disnea basándose en la capacidad vital, capacidad pulmonar total, volumen espiratorio máximo por segundo y coeficiente de transferencia del monóxido de carbono.

9. Sistema reproductor

Si la pérdida de los ovarios se produce antes de la pubertad se tendrá en cuenta el daño futuro (alteración del crecimiento, desarrollo sexual y fecundidad). La puntuación de la secuela se hará de forma diferente en función de si se produce el daño antes o después de la menopausia.

Desde el punto de vista masculino, la pérdida de los testículos tendrá las mismas consideraciones que las gónadas femeninas respecto del daño futuro.

Se añade como nuevas secuelas, las prótesis de pene y testículos.

La puntuación de la pérdida de ovario y de testículo será la misma (en el caso de la pérdida de ovario si se produce antes de la menopausia).

10. Trastornos menores de la columna vertebral

En este caso y para los traumatismos menores de la columna cervical y que se diagnostican con base a la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre y cuando la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica siguientes:

- De exclusión, que no haya otra causa que justifique totalmente la patología.
- Topográfico, que haya una relación entre la zona corporal afectada y la lesión sufrida.

- Cronológica, que la sintomatología aparezca en tiempo médicamente explicable. Tiene especial relevancia el hecho de que la sintomatología aparezca antes de las 72 horas posteriores al accidente.
- De intensidad: que exista adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción.

El texto de la ley hace mención precisa a que la secuela que derive de un trastorno cervical menor se indemnizará solo si es un informe médico concluyente acredita su existencia tras el periodo de lesión temporal

Los criterios previstos en los apartados anteriores se aplicarán a los demás traumatismos menores de la columna vertebral referidos en el baremo

11. Sistema cutáneo:

Este capítulo es novedad dentro del baremo por considerar que la piel, por si sola, se merece su propio espacio debido a las consecuencias clínicas de sus alteraciones y posteriores secuelas.

Por ello se han tenido en cuenta las quemaduras graves, extensas que hayan precisado injertos cutáneos o dejado cicatrices o patologías que ocasionen trastornos dermatológicos

Dichos trastornos pueden ser: disfunción de la termo regulación y sudoración, fragilidad cutánea manifestada por ulceraciones, rozaduras por contacto de las prendas de vestir, intolerancia a la luz solar, así como sintomatología pruriginosa, eccemas e hiperqueratosis.

La medición de la superficie cutánea afectada se mide por la regla del 9 (Método de Pulaski y Tennison) Dicho método da un peso de 9 a ciertas partes anatómicas hasta llegar al 100% de la superficie.

La puntuación otorgada, con un máximo de 75 puntos, se establecerá según el porcentaje cutáneo afectado.

Esta puntuación es perfectamente compatible con el perjuicio estético.

6. SECUELAS INTERAGRAVATORIAS

Una de las modificaciones importantes de este trabajo es la de las secuelas interagravatorias, es decir, aquellas secuelas concurrentes que derivadas del mismo accidente y afectando funciones comunes producen, por su recíproca influencia, una agravación significativa de cada una de ellas.

Por decirlo de otra forma, debe existir una agravación significativa del menoscabo funcional fisiológico (disminución en la capacidad de realizar una determinada función) que se agrava el coexistir dos o más secuelas concurrentes.

En este sentido no confundir función con actividad. La actividad es la realización de una tarea por parte de un individuo. El artículo 99 hace mención a la afectación de funciones comunes no a la afectación de actividades.

Por todo ello parece interesante hacer una serie de consideraciones que ayuden a interpretar el concepto de interagravatorio.

- Para considerar las secuelas como interagravatorias, estas deben derivar de lesiones en localizadas en regiones anatómicas diferentes.
- Debe existir también una afectación significativa de los mecanismos/funciones compensatorios de una secuela valorada (por ejemplo: lesionado que sufre una ceguera y también la amputación de ambas manos, que le hubieran sido imprescindibles para la lectura [Braille], como receptor sensorial sensible y educador de la vista).
- Debe existir una agravación significativa, es decir, producirse una repercusión muy importante de la función común afectada, siendo la puntuación de las secuelas concurrentes obtenida, tras aplicar la fórmula de Balthazard, mayor o igual a 50 puntos. Si se trata de una extremidad, aparato o sistema valdría, aunque no se llegase a los 50 puntos, con que se haya afectado el 50% de la función de esa extremidad, aparato o sistema.

7. PERJUICIO ESTÉTICO DE LAS SECUELAS

El perjuicio estético consiste en cualquier modificación que empeore la imagen de la persona.

Es un perjuicio distinto del psicofísico que le sirve de sustrato y comprende tanto la dimensión estática como la dinámica.

Su medición se realiza mediante la asignación de una horquilla de puntuación a cada uno de los grados teniendo en cuenta, de modo particular, el grado de visibilidad, atracción de la mirada de los demás, reacción emotiva que provoca y la alteración en la reacción interpersonal del perjudicado.

Son seis los grados de intensidad los cuales están definidos en el texto de la Ley a los que se añade unos ejemplos representativos de cada categoría.

El perjuicio estético y el psicofísico se valoran separadamente. No se tendrán en cuenta ni la edad ni el sexo de la persona y la puntuación otorgada no incluye la ponderación de la incidencia sobre las diversas actividades del lesionado cuyo específico perjuicio se valora a través del perjuicio particular de pérdida de calidad de vida.

8. GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA FUTURA

Se asumirá por parte de las entidades aseguradoras el gasto sanitario futuro una vez alcanzada la estabilización de las secuelas.

Las secuelas, que en todo caso, dan lugar a la compensación de estos gastos son las siguientes:

- Estado de coma vigil o vegetativo crónico
- Secuelas neurológicas en sus grados de muy grave y grave
- Lesiones medulares iguales o superiores a 50 puntos.
- Las amputaciones u otras secuelas que precisen la colocación de prótesis.

Darán lugar a gastos de compensación de asistencia sanitaria futura aquellas secuelas que sean iguales o superiores a 50 puntos y las concurrentes e intergravatorias que sean iguales o superiores a 80 puntos.

En las secuelas iguales o superiores a 30 puntos y que por su naturaleza puedan requerir un tratamiento periódico deberá demostrarse mediante prueba pericial médica la previsibilidad de dichos gastos futuros.

La periodicidad y cuantía de los gastos de asistencia sanitaria deberá acreditarse mediante el correspondiente informe médico.

9. GASTOS DE AYUDA DE TERCERA PERSONA

Estos gastos compensan el valor económico de las prestaciones no sanitarias cuando existe una pérdida de autonomía personal.

No tendrán consideración de ayuda de tercera persona las prestaciones sanitarias en el ámbito hospitalario, ambulatorio o domiciliario.

El gasto se calcula en base a las horas de ayuda en función de la gravedad de la secuela.

El cálculo de las horas de ayuda está basado en los principios de autosuficiencia física y psíquica empleando tablas internacionales y nacionales de autosuficiencia

Se utilizará este apartado para aquellas secuelas de más de 50 puntos o si el resultado de las secuelas concurrentes es superior a 80 puntos.

En definitiva, todo lo expuesto en el capítulo refleja una buena parte de los cambios efectuados respecto al texto de la Ley anterior y que mejoran, de forma considerable, lo que el lesionado por accidente de tráfico venía percibiendo en cuanto a prestaciones se refiere.

Los conceptos de ayuda de tercera persona y gastos médicos futuros contribuyen de forma importante a mejorar la calidad de vida de los “grandes lesionados” a partir del momento de la puesta en vigor de la Ley 35/2015.

9. IMPACTO DEL BAREMO Y SU REPERCUSIÓN EN LA ASEGURADORA

Julio Laria del Vas

Área de prestaciones MAPFRE

Con la publicación en el Boletín Oficial del Estado de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema de Valoración de los Daños y Perjuicios Causados a las Personas en Accidentes de Circulación, se pone fin a 20 años del Sistema de Valoración de Daños y Perjuicios de 1995, sistema que está siendo muy criticado en los últimos meses, como queriendo deslegitimarle para reforzar el que ahora se aprueba.

Adjetivos dirigidos al actual Sistema como “simplista e insuficiente” o “falta de consistencia jurídica”, creo que no hacen justicia a la verdadera importancia que ha tenido el Baremo actual del año 1995.

Los que ya, en aquella época, nos dedicábamos a la Valoración del Daño Personal y a la reparación económica de sus consecuencias, solo podemos encontrar efectos positivos tanto desde el punto de vista económico como jurídico.

La reparación de los daños y perjuicios a finales de los ochenta y primeros de los noventa, era muy preocupante. Tal fue la situación que en el año 1991, (5 marzo) el Ministerio de Economía y Hacienda dictó una Orden, por la que se daba publicidad a un Sistema para la Valoración de los Daños Personales en el Seguro de Responsabilidad Civil y se consideraba “como un procedimiento apto para calcular las provisiones técnicas para siniestros o prestaciones pendientes correspondientes a dicho seguro”.

En su expresión de motivos se recogía, lo que a mi modesto entender, suponía una verdadera declaración y descripción de lo que en aquel momento acontecía en materia de accidentes de circulación.

Por su interés recojo literalmente alguno de los párrafos más importantes:

- “En primer término, la enorme litigiosidad que suscitan los accidentes de tráfico que hace aumentar la ya, por tantos otros motivos, excesiva carga de trabajo de los tribunales de justicia, con el consiguiente retraso en los pronunciamientos definitivos sobre la materia y, por ello, en el abono de las indemnizaciones pertinentes”.
- “En segundo término, la acentuada tendencia al alza persistente de las indemnizaciones por daños personales ocasionados por hechos de la circulación, lo que, dado el retraso anteriormente aludido, incrementa la incertidumbre acerca de cuál será el montante concreto de la indemnización.
- Para finalizar, y en “tercer lugar, la gran disparidad existente en la fijación de las cuantías de estas indemnizaciones”.

Desde luego, no se podía describir más fielmente la realidad del momento, que se basaba principalmente en la enorme disparidad de criterios judiciales indemnizatorios para casos muy similares y el retraso en el señalamiento y la celebración de los juicios.

Por mucha crítica que se vierta ahora al sistema actual, en los años pre-sistema o pre-baremo, lo normal era que cada Audiencia tuviera un “Baremo propio” siendo en algunos casos la disparidad de cifras indemnizatorias realmente alarmantes.

Por ello entre otras justificaciones a la necesidad de la Orden Ministerial del 91, verdadero embrión del sistema de 1995, se hacía hincapié en:

- Introduce un mecanismo de certeza considerable en un sector en el que actualmente existe una gran indeterminación e indefinición, dando cumplimiento al principio de seguridad jurídica que consagra el art. 9.3 de la Constitución.
- Fomenta en trato, sino idéntico, sí, al menos, análogo para situaciones de responsabilidad cuyos supuestos de hecho sean coincidentes, en aplicación del principio de igualdad que consagra el art. 14 del citado texto fundamental.
- Sirve de marco e impulso a la utilización de acuerdos transaccionales.
- Agiliza al máximo los pagos por siniestro por parte de las Entidades aseguradoras evitando demoras para los beneficiarios.
- Reduce de forma significativa las actuaciones judiciales y la consiguiente disminución de la sobrecarga de trabajo de los Juzgados y Tribunales.

Sobre estas bases se construyen durante 25 años los cimientos de la valoración del daño corporal y la reparación económica de los perjuicios derivados de los accidentes de circulación.

No creo que sea justo, por tanto, criticar de forma generalizada el Sistema de 95, pues gracias a él, se ha construido y vertebrado un funcionamiento razonable y práctico de la valoración del daño corporal en España.

Con la publicación de la Ley 35/2015, o Nuevo Baremo, se abre una nueva época que nos traerá nuevos desafíos, pero en atención al título de la ponencia, "Impacto del Baremo y su repercusión en la aseguradora", lo primero que se debe de analizar es el contexto de aplicación en el que nos encontramos.

Efectivamente y coincidente con la publicación de la Ley 35/2015, tenemos que hacer un examen de qué otros textos legales se modifican y que afectan a la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Lugar destacado ocupa la reforma de la Ley Orgánica 1/2015 de Reforma del Código Penal.

El impacto de esta reforma es muy significativo dado que desaparecen las "faltas" tal y como tradicionalmente en el mundo del seguro del automóvil se venía conociendo y articulando y lo que es más importante, la actuación de los médicos forenses en el procedimiento.

Esta modificación legal ha obligado a incorporar dos artículos (el art. 7 y el art. 14) en la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, denominados "Obligaciones del asegurador y del perjudicado" y "Procedimientos de mediación en los casos de controversia", que regulan la intervención forense y el procedimiento de oferta y respuesta motivadora.

También se modifican con diferentes impactos en la valoración de los daños y perjuicios en accidentes de circulación, la Ley 6/2014 de Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, que incorpora la Directiva UE 2015/413.

El auto de cuantía máxima reclamable se modifica en la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en su Libro VI se modifica el procedimiento de juicio de los delitos leves y la elaboración de atestados.

La Ley 15/2015 de Jurisdicción Voluntaria en lo que respecta a los expedientes de consignación y nombramiento de peritos y por último cabe citar la modificación de

dos leyes que aunque con menor impacto también afectan a la valoración como son la 39/2015 del Procedimiento Administrativo Común y la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público, con remisión expresa en lo que respecta a la responsabilidad patrimonial del Estado, a la Ley 35/2015.

Podríamos hablar de auténtico “sudoku” de leyes y remisiones normativas, pero desde el punto de vista asegurador el reto, precisamente, consiste en poder readaptar todos los procedimientos internos y con especial importancia en los aspectos formativos de todos los empleados.

Pero, ¿cuáles son los impactos directos en la aseguradora? La primera cuestión tiene que ver con aspectos técnicos, como son la constitución de mayores provisiones técnicas, y el más que probable incremento del coste de la protección del reaseguro, dado el desarrollo introducido en la nueva Ley de aspectos relacionados con los grandes lesionados, como los gastos sanitarios futuros o la necesidad de ayuda de tercera persona, entre otros conceptos.

La adaptación de los procesos y sistemas de tramitación internos, con especial relevancia, de las modificaciones informáticas en nuestras plataformas de gestión, son aspectos de gran importancia, pero nada comparable con las necesidades de formación de nuestros tramitadores, médicos, abogados, empleados de atención al público y una larga lista de otros colectivos que deben conocer la Ley para informar y asesorar, tanto a nuestros asegurados como a los perjudicados.

Desde el punto de vista económico, y según la Memoria de Análisis de Impacto Normativo redactada por el Ministerio de Justicia y por el Ministerio de Economía y Competitividad, fechada en el mes de abril del año 2015, el incremento medio anual de las indemnizaciones se cifra en 400 millones de euros.

La mejora de los sistemas de información los cuantifica en 10 millones de euros, aunque estimando el esfuerzo del sector, creo modestamente, que esta cifra se queda muy corta.

En lo que respecta a la formación e inversiones en Recursos Humanos la Memoria cifra el impacto en 3,5 millones de euros.

Una partida muy controvertida, por lo complejo de su ejecución, la de Gastos Sanitarios Futuros, que se cifra en 100 millones de euros y por último la aplicación informática, gratuita para usuarios se valora en 100.000 mil euros.

Dado que la Memoria estima que “no afecta a las cargas administrativas”, entendidas como “aquellas actividades de naturaleza administrativa que deben llevar a cabo las empresas y ciudadanos para cumplir con las obligaciones derivadas de la normativa”, el impacto de este efecto es 0 euros. Pero la realidad es muy distinta, y para ello pongamos un ejemplo:

- Con la nueva Ley todos los hermanos del fallecido son perjudicados y pongamos que éste tiene varios hermanos residiendo en Marruecos. Lógicamente, además de localizarlos, y puedo asegurar que a veces es muy complicado, deberemos constatar su relación legal con la víctima y para ello necesitaremos la correspondiente documentación, que por supuesto deberemos traducir y legalizar. Sin afán de ser exhaustivo, simplemente en esta primera fase la carga administrativa y los costes se han multiplicado y ello es así por el solo hecho de la ampliación del número de perjudicados.

En todo caso, aun aceptando que no existen cargas administrativas nuevas y por tanto no tiene impacto económico, las partidas que hemos analizado suman la cifra de 513,6 millones de euros de impacto económico. La cuantía es lo suficientemente significativa como para advertir de su importancia y significación en la industria del Seguro.

Deteniéndonos en uno de los aspectos más importantes que provoca la nueva Ley, que no es otro que el de la formación interna, las cifras de Mapfre a la fecha actual y para el colectivo de empleados afectados por la Ley, alcanzan las 35.000 horas dedicadas a formación, esta magnitud representa la jornada laboral anual de más de 20 personas. A esta cifra hay que añadir el tiempo dedicado a la formación de otros colectivos como personal de atención al público, áreas comerciales y grupos de médicos y abogados colaboradores y otros colectivos.

Las personas son el elemento esencial de las organizaciones, pero dadas las complejidades técnicas y de procesos es necesario apoyarse en herramientas informáticas que ayuden en la gestión diaria.

A la fecha de esta publicación se han invertido más de 4.500 horas (la jornada anual de casi 3 personas) en tareas relacionadas con la informática de soporte, tales como la toma de requisitos de usuario, análisis funcionales, pruebas, construcción y gestión del proyecto.

Un impacto más difícilmente cuantificable es el derivado de la complejidad técnica de la nueva Ley. Aún hoy, a pesar del intenso estudio y análisis, existen dudas razonables de determinados aspectos que a modo indicativo y no exhaustivo, describimos a continuación.

- La constitución de rentas vitales, los gastos sanitarios futuros y su gestión interna y externa con las Comunidades Autónomas.
- La necesaria tecnificación interna sobre prótesis y órtesis y las cuestiones técnicas relacionadas con los periodos de recambio.
- Dificultad de prestación de determinados servicios de asistencia domiciliaria.
- Las secuelas de más de 6 puntos y la relevancia entre conceptos como “desarrollo personal” y “pérdida de calidad de vida”.
- La prueba para la inclusión de allegados como perjudicados.
- Las secuelas intergravatorias y los conceptos de función
- El perjuicio excepcional ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cómo?

Estas son algunas cuestiones, que dependiendo de la interpretación y praxis de los operadores y finalmente de jueces y magistrados, tendrán un mayor o menor impacto técnico y económico, y esto, solo cuando entre en vigor la Ley el día 1 de enero de 2016, empezaremos a intuir.

En todo caso esta modificación normativa supera un enorme reto, un reto para el sector asegurador, para los servicios públicos de salud, para médicos y abogados y otros operadores de la valoración del daño corporal, pero también es una oportunidad de mejorar.

La evolución en la gestión de los accidentes de tráfico, es una magnífica oportunidad de potenciar la formación de todos los implicados, de mejorar la gestión general de las instituciones intervinientes y sobre todo y lo más importante, mejorar la calidad de vida de nuestra sociedad.

Mi recuerdo para víctimas y familiares de accidentes de tráfico.

MESA 3

TRAUMATISMO MENOR DE LA COLUMNA VERTEBRAL

10. TRAUMATISMO MENOR DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Victoria Bares Jalón

Gerente de la Unidad Médica de Mutua Madrileña

Carlos Represas Vázquez

Doctor en Medicina y Cirugía en Ciencias Forenses.

Especialista en Medicina Legal y Forense

Fernando Estrella Ruiz

Abogado

Jesús Fernández Entralgo

Magistrado Audiencia Provincial de Madrid

1. EL REPROCHE DE MEFISTÓFELES

En el acto primero del libro segundo del *Fausto* de Goethe, se enfrentan –ante el Emperador– el Canciller y Mefistófeles. Cuando el primero reprocha a éste que sus reflexiones despiden un tufo herético, el interpelado, burlándose de la presuntuosidad científica del Canciller contesta con irónica altanería: para Vos, lo que no palpáis está a millas de distancia; lo que no comprendéis, no existe en absoluto; lo que no medís, creéis que no es verdad; lo que no pesáis, no tiene peso; lo que no amonedáis, consideráis que no tiene valor.

Schiller, en sintonía perfectamente predecible con su amigo Goethe, increpa a los hombres de Ciencia: «... ¿Es sólo grande la Naturaleza porque os proporciona algo que contar...?». Lo recuerda Konrad Lorenz, reparando en que «... [a] hombre de ciencias “exactas” le encanta contar y medir...», inmediatamente antes de aceptar que también él ha de hacerlo, obteniendo, por cierto, resultados muy útiles.

Uno de los problemas que plantea el llamado daño moral es, en efecto, la imposibilidad de pesarlo, contarlo o medirlo; y esta imposibilidad constituye la base argumental para negar que quien lo sufre pueda pretender que se le pague una cantidad de dinero para... ¡he aquí el problema!

2. LA LEY 35/2015, DE 22 DE SEPTIEMBRE, DE REFORMA DEL SISTEMA PARA LA VALORACIÓN DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN

Introduce, en el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, un nuevo Título IV con el siguiente enunciado epigrafiado «*Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*».

El nuevo artículo 32 precisa su *Ámbito de aplicación*: el sistema « tiene por objeto valorar todos los perjuicios causados a las personas como consecuencia del daño corporal ocasionado por hechos de la circulación regulados en... [la] Ley...».

Con arreglo a su artículo 34 (que concreta los *Daños objeto de valoración*), « 1. Dan lugar a indemnización la muerte, las secuelas y las lesiones temporales de acuerdo con lo previsto en los artículos siguientes y con lo reflejado, respectivamente, en las tablas 1, 2 y 3 contenidas en el Anexo de esta Ley...».

Y explica, en su apartado 2, que «... [cada] una de estas tablas incluye de modo separado la reparación de los perjuicios personales básicos (1.A, 2.A y 3.A), de los perjuicios personales particulares (1.B, 2.B y 3.B) y de los perjuicios patrimoniales (1.C, 2.C y 3.C)...».

La aplicación del sistema requiere una adecuada motivación que concreta el artículo 35: consiste en «... la justificación de los criterios empleados para cuantificar las indemnizaciones asignadas según sus reglas, con tratamiento separado e individualizado de los distintos conceptos y partidas resarcitorias por los daños tanto extrapatrimoniales como patrimoniales...».

Y, en seguida, precisa algo que, en buena técnica de aplicación normativa, habría que dar por presupuesto. De modo que, a tenor del artículo 37 (que trata de la *Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración*), « 1. La determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante informe médico ajustado a las reglas de este sistema...».

¡Naturalmente!. Se trata de una materia extrajurídica que ha de corresponder a un perito, necesariamente médico y preferentemente especializado en valoración del daño corporal.

Sigue una regla que evidencia la escasa preparación procesal de sus redactores:

«... El lesionado debe prestar, desde la producción del daño, la colaboración necesaria para que los servicios médicos designados por cuenta del eventual responsable lo reconozcan y sigan el curso evolutivo de sus lesiones. El incumplimiento de este deber constituye causa no imputable a la entidad aseguradora a los efectos de la regla 8ª del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, relativa al devengo de intereses moratorios...».

En buena técnica, la resistencia del lesionado (presupuesto demandante del resarcimiento) a sujetarse a una prueba pericial a instancia de la empresa aseguradora habrá de considerarse como un indicio de mala fe procesal y, más que liberar a la empresa demandada de su deber de pagar o consignar tempestivamente el importe de la cantidad calculada como importe de aquel resarcimiento, podrá alegarse como objeción en caso de pretender el devengo de los intereses moratorios extraordinarios coercitivos, e incluso de la posibilidad de cuantificar razonable y razonadamente el importe de la compensación del daños psicofísico y consecuentemente de los perjuicios de él derivados.

Y añade: «... Los servicios médicos [se sobreentiende: que hayan prestado asistencia a la persona lesionada, cualquiera que sea la naturaleza de aquéllos] proporcionarán tanto a la entidad aseguradora como al lesionado el informe médico definitivo que permita valorar las secuelas, las lesiones temporales y todas sus consecuencias personales. A los efectos del artículo 7.3.c) de esta Ley, carecerá de validez la oferta motivada que no adjunte dicho informe, salvo que éste se hubiera entregado con anterioridad...».

3. REGLAS PARA LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL: LAS INDEMNIZACIONES POR SECUELAS

Define su significado el artículo 93.1 (que se ocupa, según reza su epígrafe de la *Valoración de las indemnizaciones por secuelas*):

«1. Son secuelas las deficiencias físicas, intelectuales, orgánicas y sensoriales y los perjuicios estéticos que derivan de una lesión y permanecen una vez finalizado el proceso de curación. El material de osteosíntesis que permanece al término de este proceso tiene la consideración de secuela...».

Tal vez la definición fuese lingüística y jurídicamente mejorable, pero resulta perfectamente intelegible. La secuela consiste en un menoscabo del estado psicofísico (anatomofuncional) y de imagen (estática y dinámica) inmediatamente anterior al hecho lesivo.

Comprende, por tanto:

- [a] el menoscabo anatomofuncional psicofísico y
- [b] el menoscabo del nivel estético de la persona lesionada, tanto desde un punto de vista estático como desde un punto de vista dinámico.

Una vez establecido el alcance de la secuela, se pasa a una segunda fase: la cuantificación de su compensación económica y la indemnización de los daños y perjuicios derivados de ella.

Así lo dispone el precepto invocado: «... Las indemnizaciones por secuelas se cuantifican conforme a las disposiciones y reglas que se establecen en este Capítulo y que se reflejan en los distintos apartados de la tabla 2 que figura como Anexo.

... La tabla 2.A contiene tres apartados: ...»

En los dos primeros se contienen la reglas para cuantificar la compensación del daño [perjuicio, en la terminología legal] *personal*, entendiéndose por tal el menoscabo que afecta a bienes de la personalidad en sentido estricto.

- [a] La tabla 2.A establece la cuantía del perjuicio personal básico de acuerdo con los criterios y reglas de este sistema.
- [b] La tabla 2.B establece la cuantía de los perjuicios personales particulares y excepcionales de acuerdo con los criterios y reglas de este sistema...».

Ha de entenderse que se diferencian los daños estrictamente personales que la experiencia común de la vida enseña que están asociados –con arreglo a la normalidad estadística– a la lesión sufrida, y otros (calificados de particulares y especiales) que pueden ser producidos por ella, pero cuya realidad ha de ser debidamente acreditada.

- [c] A continuación se pasa a un plano diferente: «... La tabla 2.C establece la cuantía de los perjuicios patrimoniales, distinguiendo las categorías del daño emergente y del lucro cesante, de acuerdo con los criterios y reglas de este sistema...».

Se manejan dos categorías de raigambre en el Derecho de Daños, tanto personales como patrimoniales.

4. PERJUICIO PERSONAL BÁSICO (DISPOSICIONES RELATIVAS A LA TABLA 2.A)

Se ocupa el artículo 95 de la *Determinación de la indemnización del perjuicio personal básico*.

El profesor Martín Casals, en un trabajo de alta divulgación de justificada cita tópica, explica que «... [a] instancia de la Comisión Jurídica del Parlamento Europeo se formó en 1999 un grupo de juristas y otro de médicos evaluadores de distintos países de la UE presididos respectivamente por los Prof. Busnelli y Lucas con el objeto de estudiar la posibilidad de una armonización de las reglas aplicables a los daños psicofísicos (llamados “no económicos” en los trabajos) derivados de daños personales, establecer los principios para alcanzar esa armonización y proponer unas reglas generales para ponerlos en práctica que pudieran ser aceptadas por todos los estados miembros de la UE. El resultado de esos trabajos desembocó en una propuesta sobre “La racionalización de la valoración médico legal de los perjuicios no económicos” que se presentó en junio de 2000 en la Academia Europea de Derecho (Tréveris, Alemania) y que no refleja totalmente el criterio particular de los juristas de los distintos países europeos que participamos en su elaboración, sino que es tan solo el resultado de un compromiso entre posturas a veces contrapuestas. La propuesta está siendo tramitada por el Sr. Willy Rothley, Vicepresidente de la Comisión Jurídica del Parlamento Europeo e impulsor de la iniciativa, como “Recomendación a la Comisión Europea, al Parlamento Europeo y al Consejo” ...».

Se parte de la diferenciación entre “daños biológicos”, “daños psicofísicos” o “daños no económicos” (como se denominaba en los trabajos del Grupo Busnelli-Lucas) de otros supuestos de daños morales. El criterio distintivo es que pueden encontrar en los conocimientos especializados del llamado “médico evaluador” un importante aliado para su racionalización. Los “daños no económicos”, en el sentido del trabajo, serían sólo aquellos que pueden ser evaluables o, como mínimo, constatables por la ciencia médica. Así, dentro de los daños “no económicos” derivados de lesiones corporales existirían:

- a) *daños que el médico puede evaluar con mayor o menor precisión*: los “anatómico-fisiológicos”, como la amputación de un miembro, el daño a un órgano (como el riñón) o el daño a un órgano sensorial. Aquí la pérdida o lesión suprime o altera automáticamente la función realizada por dicho miembro. Médicamente puede de-

terminarse qué tanto por ciento representa dicha pérdida en relación con la integridad física y psíquica del individuo: el 0% representaría esa integridad absoluta, mientras que el 100% caracterizaría la pérdida total de funciones. De todos modos, los índices básicos son necesariamente convencionales: se requiere un consenso para asignar a un ojo o a una mano el mismo índice médico en todos los países de la UE. El equipo médico consideró que ese consenso era alcanzable.

- b) *diversos "perjuicios particulares"* o daños que el médico sólo puede constatar o explicar, pero no evaluar.

La lista de "perjuicios particulares" tiene carácter cerrado. Por lo tanto, todas las categorías de "perjuicio particular" "inventadas" por las diferentes experiencias europeas (como por ejemplo, el *préjudice de agrément, danno a la vita de relazione, danno esistenziale, loss of expectation of life, physical inconvenience and discomfort, etc.*), deberían ser canalizadas a través de los perjuicios especiales reconocidos.

Esta lista cerrada incluye únicamente:

- a) *El perjuicio estético*, entendido como la repercusión del daño anatómico o anatómico-fisiológico en la persona y que produce en la víctima una alteración de la imagen que tiene de sí misma, una alteración de la imagen que los demás tienen de ella y, habitualmente, un daño psicológico limitado.
- b) *El perjuicio sexual, que se considera distinto del daño a la función reproductora* (que se incluye normalmente en el daño anatómico-fisiológico, como consecuencia psíquica) y que se relacionaría con la pérdida del placer de realizar el acto sexual.
- c) *El perjuicio a las actividades específicas del ocio*, provocado por la imposibilidad de llevar a cabo las actividades normales de esparcimiento.
- d) *Los dolores excepcionales*, que serían aquellos que, al ser más intensos de lo habitual en la situación clínica, no estarían totalmente incluidos en el baremo médico.

Daños excluidos del baremo

Por lo tanto quedarían fuera de su ámbito tanto los daños patrimoniales como los daños morales que podríamos llamar "puros", es decir, dolores o padecimientos morales que no son ni médicamente evaluables ni constatables. Ulteriormente, por tratarse de supuestos que parten de unas premisas distintas y que requieren un tratamiento

particularizado, también deben quedar fuera de su ámbito las indemnizaciones por causa de muerte. Veamos por qué razones.

A) La exclusión de los daños patrimoniales (el llamado “lucro cesante”)

La distinción entre daño emergente y lucro cesante, aunque es desconocida por el Common Law, forma parte del acervo común del Derecho continental europeo. En la mayoría de los países europeos, como en España, se considera lucro cesante aquella ganancia que se podía esperar con verosimilitud, según el curso normal de las cosas o según las circunstancias especiales del caso y, en particular, según las medidas y previsiones adoptadas. Su especificidad consiste en que se presume que se habría obtenido el que hubiese sido normal a tenor de las circunstancias. Todo lucro cuya indemnización se pida y que exceda de esa presunción, tiene que probarse positivamente y de forma directa. Por lo tanto, su perfil propio consiste en que, por sus peculiares características, se facilita su prueba mediante una presunción *iuris tantum*, pero, por tratarse de un daño patrimonial susceptible de ser evaluado pecuniariamente, siempre queda abierta la posibilidad de que el acreedor pruebe que fue efectivamente superior al daño presunto y el deudor, por el contrario, que fue efectivamente inferior. Plantea, pues, un problema de prueba, no de valoración y, precisamente para facilitar su prueba se considera *iuris tantum* que su probabilidad es suficiente. No obstante, si su prueba concreta es posible no hay ninguna razón para excluirla ni, por ello, para separar su indemnización de los criterios que rigen la indemnización del daño emergente.

En ningún país europeo, con la única excepción de España, se barema el lucro cesante, ni siquiera en los accidentes de circulación. Así en Alemania, por ejemplo, se parte de la valoración en concreto de lucro cesante y, para que no queden dudas, se diferencia del sistema de la Seguridad Social, en el que sí se vincula la cuantía de su indemnización al tipo de lesiones sufridas. Además, en la mayoría de países europeos suelen existir criterios estadísticos para solucionar los «casos difíciles» (menores, estudiantes, amas de casa sin ingresos, etc.) en los que, aun de modo probabilístico, resulta difícil establecer el importe del lucro cesante. En este sentido, señala el ponente general del estudio, Prof. Busnelli, que la solución española introducida por la Ley del Baremo en 1995 es criticable, ya que supone una mezcla *contra natura* del daño a la salud y del *lucrum cessans* que puede provocar una desnaturalización de éste al separarlo de las circunstancias del caso y de los medios probatorios y encerrarlo en la “camisa de fuerza” de los límites indemnizatorios que la Ley establece. También Rogers, después de analizar la indemnización de los daños corporales en unos 15 países, señala que en vistas a una armonización europea de las indemnizaciones por

daños corporales es esencial que se indemnicen de modo separado los daños a integridad personal y los lucros cesantes y que desde una perspectiva europea la solución española no parece aceptable.

B) La exclusión de los llamados “daños morales puros”

Los trabajos excluyen de la categoría de los llamados “daños no económicos” aquellos daños morales que no son susceptibles de valoración o de constatación médica por parte de un médico evaluador. La justificación de esa exclusión se halla en limitar la labor de racionalización a los daños no económicos que tengan un carácter objetivo, objetividad que se identifica con la posibilidad de una valoración o constatación médica. Lo contrario hubiera supuesto atribuir *ex lege* una evaluación objetiva a daños que tienen un carácter puramente subjetivo, con el riesgo de proponer soluciones arbitrarias.

Por lo tanto el Proyecto no se pronuncia sobre un tema debatido actualmente en Europa. Si debe indemnizarse y en qué medida el temor, la ansiedad y en general, los padecimientos psíquicos que no comporten una enfermedad psíquica. La disparidad de las regulaciones en este punto es todavía sustancial...».

Tras estas consideraciones, se aborda el problema de la evaluación de los daños psicofísicos y de la cuantificación de su compensación.

«... Los daños psicofísicos deberían ser evaluados e indemnizados sobre la base de criterios que respeten el principio de igualdad y que produzcan resultados uniformes. Por ello se sugiere que un mismo daño psicofísico sufrido por una pluralidad de víctimas sea cuantificado, mediante un “baremo médico”, en un mismo porcentaje, y el importe de la indemnización se halle mediante un “baremo de indemnización” que permita asignar un valor en metálico al porcentaje de perjuicio a la integridad psicofísica.

El llamado “baremo médico”, o documento que cuantificaría en porcentajes los perjuicios a la integridad física o psíquica sería único para toda Europa.

El llamado “baremo de indemnización” o documento que indicaría el número de puntos relativo a cada porcentaje de lesión a la integridad psicofísica teniendo en cuenta la edad de la víctima (en función decreciente) y la importancia del porcentaje de perjuicio a la integridad psicofísica (en función creciente), también sería único para todos los países de la UE. Como en el caso de la TIN (Tabella Indicativa Nazionale) italiana no se regiría por datos monetarios, sino que el punto se establecería en relación con

un determinado porcentaje de lesión psicofísica a una determinada edad. No obstante, cada ordenamiento nacional fijaría los criterios para establecer el valor monetario del punto.

La idea que existe tras esa valoración nacional del punto no se explicita en el Proyecto Busnelli-Lucas. Tampoco se explicita cómo se llevaría a cabo. Una primera razón de esa valoración nacional se hallaría en la necesidad de adaptar los importes de las indemnizaciones a las condiciones económicas de cada país (nivel de salarios, coste de la vida, poder adquisitivo del dinero, etc.) todavía divergentes.

No obstante, como demuestra Rogers, las diferencias que existen en la actualidad entre las cuantías indemnizatorias que se conceden en los distintos países no responden en la mayoría de los casos a diferencias socio-económicas.

El sistema que combina el baremo médico con el baremo de indemnización regiría para los llamados daños “anatómico-fisiológicos” pero no para los llamados “perjuicios particulares”, que si bien son médicamente constatables o explicables y pueden clasificarse en función de una escala de gravedad, no son susceptibles de ser cuantificados en porcentajes y su apreciación no puede traducirse en importes obtenidos mediante la aplicación del baremo de indemnización. Los diversos perjuicios particulares han sido estandarizados por la ciencia médica y el grupo de trabajo de médicos evaluadores, como ya se ha indicado, ha propuesto una lista cerrada de perjuicios que incluiría únicamente el llamado perjuicio estético, el perjuicio sexual, el perjuicio a las actividades específicas del ocio y los dolores excepcionales. El médico podría constatar la existencia de esos perjuicios y facilitar esa información al juez. Si éste se lo solicita, lo podría graduar en una escala de 0 a 7. Cada sistema nacional podría establecer un catálogo que previera un máximo y un mínimo de indemnización, dado que esos perjuicios, por su naturaleza, requieren siempre una apreciación equitativa.

Esa apreciación equitativa se englobaría dentro del margen de adaptación judicial con un límite del 20% que prevé la propuesta. No obstante ese margen de apreciación equitativa no se limitaría a la existencia de perjuicios particulares, sino que sería el margen del arbitrio judicial que se concedería al juez para que, por una parte, pueda aumentar (pero también disminuir) de modo motivado la indemnización resultante del baremo para adaptarla a las circunstancias particulares del caso que resulten probadas y, por otra, para evitar que el margen de la apreciación judicial pueda comprometer la uniformidad que se persigue o hacer que ésta desaparezca. Ciertamente, ese margen de un 20% es perfectamente discutible y, sin duda, será discutido al considerar unos que es excesivo y, otros, que resulta insuficiente. No obstante también son arbitrarios los márgenes que se establecen de modo fijo en algunas Directivas,

como por ejemplo la franquicia de 500 ecus (art. 9.b)) o el posible límite de 70 millones de ecus (art. 16.1) que se establecían en la Directiva del Consejo 85/374/CEE, de 25 de julio de 1985, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de responsabilidad por los daños causados por productos defectuosos.

Finalmente, el grupo de expertos médicos consideró que, según su experiencia, cuando el índice global de lesión a la integridad físico-psíquica supera el 70%, la aplicación del baremo debería tener tan solo un carácter indicativo. Por ello, en estos casos el juez no se vería obligado a aplicar el baremo de indemnización, que pasaría a ser indicativo, ni tampoco se vería constreñido por el margen del 20%.

Sin lugar a dudas, esta última regla resulta una de las más insatisfactorias de todo el trabajo. Con toda probabilidad, viene presidida por la idea de que en la práctica los casos más frecuentes y, por lo tanto, más relevantes para el funcionamiento del sistema del baremo, son los de las lesiones que no revisten tal gravedad. No obstante, esa regla, introducida en el último momento y sin una reflexión suficientemente pausada por parte del Grupo de trabajo de juristas, puede proporcionar el caballo de batalla que precisan los juristas de los países más opuestos a la racionalización de la valoración del daño "no económico" o psicofísico mediante un sistema de baremo europeo...».

El nuevo sistema refleja este método que diferencia entre la valoración del alcance de los daños psicofísicos y la cuantificación económica de su resarcimiento, siendo objeto aquélla de un baremo médico y, ésta, de un baremo económico, en los siguientes términos:

- «1. La valoración económica del perjuicio personal básico en caso de secuelas se determina conforme a lo que resulta de las reglas recogidas en la tabla 2.A.
2. La determinación de las secuelas y de su gravedad e intensidad se realiza de acuerdo con el baremo médico contenido en la tabla 2.A.1
3. La determinación de la indemnización por secuelas se realiza de acuerdo con el baremo económico contenido en la tabla 2.A.2.».

[a] Artículo 96. *El baremo médico*

1. El baremo médico contiene la relación de las secuelas que integran el perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial permanente, con su clasificación, descripción y medición, y también incluye un capítulo especial dedicado al perjuicio estético.

2. La medición del perjuicio psicofísico, orgánico o sensorial de las secuelas se realiza mediante un porcentaje de menoscabo expresado en puntos, con un máximo de cien.
3. La medición del perjuicio estético de las secuelas se realiza mediante un porcentaje de menoscabo expresado en puntos, con un máximo de cincuenta, que corresponde a un porcentaje del cien por cien.»

En este precepto, que sugiere un objetivo de política legislativa de limitar al máximo no sólo las valoraciones judiciales, sino las periciales, se enuncian novedosamente reglas de valoración pericial del daño psicofísico (orgánico y funcional) permanente ya que su contenido incluye:

[a.1] la clasificación del daño

[a.2] su descripción

[a.3] su medición [se presupone de su gravedad e intensidad: como se desprende del texto del artículo 97, a tenor de cuyo apartado 1 « La puntuación otorgada al perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial de cada secuela, según criterio clínico, tiene en cuenta su intensidad y gravedad desde el punto de vista anatómico-funcional, sin tomar en consideración la edad o el sexo del lesionado, ni la repercusión de la secuela en sus diversas actividades»].

[a.4] el parámetro de esta medición: estableciendo el porcentaje de menoscabo, traducido en una puntuación cuyo máximo legal es cien.

[b] *El baremo económico* Artículo 104. *Régimen de valoración económica de las secuelas.*

- «1. El régimen de valoración económica del perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial con el daño moral ordinario que le es inherente, y del perjuicio estético se contiene en el baremo económico de la tabla 2.A.2, cuyas filas de puntuación y columnas de edad expresan, respectivamente, la extensión e intensidad del perjuicio y su duración.
2. Esta valoración es inversamente proporcional a la edad del lesionado y se incrementa a medida que aumenta la puntuación.
3. Las filas de puntuación se articulan de punto en punto desde uno hasta cien y las columnas de edad de año en año desde cero hasta cien.

4. El importe del perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial consta en la intersección de la fila y columna correspondientes. Este importe es el resultado de haber multiplicado el valor de cada punto, en función de la edad del lesionado, por el número total de puntos obtenidos de acuerdo con el baremo médico.
5. El importe del perjuicio estético consta en la intersección de la fila y columna correspondientes. Este importe es el resultado de haber multiplicado el valor de cada punto, en función de la edad del lesionado, por el número total de puntos obtenidos de acuerdo con el baremo médico, teniendo en cuenta el máximo de cincuenta puntos.
6. *La indemnización básica por secuelas, en su doble dimensión psicofísica, orgánica y sensorial, por un lado, y estética, por otro, está constituida por el importe que resulta de sumar las cantidades de los dos apartados anteriores, «de acuerdo con el principio de diferenciación (en la terminología legal, de vertebración)».*

El sistema pretende de este modo reducir al mínimo el margen de apreciación judicial en aras de un objetivo de política legislativa que se inició en el sistema indicativo de 1981 y se robusteció claramente en el sistema del 1995, arropado por una enérgica campaña publicitaria promovida por el sector empresarial asegurador (alarmado por el incremento –nada espectacular, en realidad– de cuantías resarcitorias en la práctica judicial) y que contó con el apoyo tan entusiasta como acrítico de un grupo de significados (aunque no siempre especialmente cualificados en la materia) miembros de la Magistratura.

5. LAS LESIONES TEMPORALES

Define el artículo 134.1: « Son lesiones temporales las que sufre el lesionado desde el momento del accidente hasta el final de su proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela».

No se proporciona una definición legal o auténtica del significante «estabilización de la lesión» como alternativa al denominado «proceso curativo» (entendiendo por tal la reintegración del lesionado a su estado de salud previo a la ocurrencia del hecho lesivo, o, si se prefiere utilizar una terminología más escolástica, la «*restitutio in integrum*» sanitaria).

Advierte Menéndez de Lucas que «...[la] mayoría de las veces, cuando el lesionado finaliza el periodo curativo quedan algunas secuelas, es decir menoscabos anató-

micos o funcionales de carácter permanente o definitivo, en relación a su estado previo al traumatismo, que suponen un daño corporal en muchos casos indemnizable. Durante el periodo de curación se aplican las medidas terapéuticas y rehabilitadoras necesarias para que el paciente se recupere del daño sufrido, pero algunas veces llega a una situación de consolidación o estabilización lesional, en la que ya no es esperable una mejoría significativa de su situación. ...». El lesionado no está «sano» como lo estaba antes, pero la evolución de sus lesiones se ha consolidado y no es predecible una mejoría por más que continúe su tratamiento terapéutico. Es posible –se apostilla– que a partir de la estabilización lesional con secuelas, el lesionado se someta a nuevos tratamientos farmacológicos, quirúrgicos o rehabilitadores, cuya finalidad no es curativa, ya que las secuelas están establecidas, y por definición tienen carácter permanente, sino tratar de mitigar el efecto de la secuela o evitar su empeoramiento. Y se pone precisamente como ejemplo «... el caso de un lesionado que consecutivamente a un esguince cervical, alcanza el alta por estabilización lesional a los cuarenta y cinco días del accidente, contemplando como secuela un síndrome postraumático cervical (cervicalgia, contractura muscular paravertebral cervical, vértigos y mareos relacionados con los movimientos del cuello,...). Es posible que en el futuro sufra periodos de reagudización de sus molestias cervicales que requieran tratamientos farmacológicos (analgésicos, mio-relajantes, antiinflamatorios,...), nuevas sesiones de rehabilitación e incluso puede requerir nuevos periodos de baja laboral. Estos tratamientos que eventualmente pueden ser requeridos en el futuro, en la evolución de las secuelas, debieron ser tenidos en cuenta al valorar y puntuar la secuela, cuando se procedió a dar el alta al lesionado. Por lo tanto, no deben variar los términos en los que se emitió el informe de sanidad en su momento...».

Y se proponen los siguientes criterios médico-forenses para establecer el alta por estabilización lesional:

Establecer el momento concreto en el que se produce la estabilización lesional es complejo, ya que la mayoría de las veces no se hace de forma brusca, sino progresivamente, y puede ser motivo de discusión. Habitualmente seguimos una serie de criterios:

- Finalización del tratamiento curativo activo: es decir, que se consideren agotadas las posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras tendentes a acortar el tiempo de duración de las lesiones, o disminuir el menoscabo producido (secuela).
- En aquellos casos en los que el lesionado rechaza algún tratamiento quirúrgico o de otro tipo que eventualmente mejoraría su situación, pero que por diversos mo-

tivos prefriere no someterse a él, tomamos como fecha de estabilización lesional el momento de su negativa.

La indemnización por lesiones temporales es compatible con la que proceda por secuelas o, en su caso, por muerte y se cuantifica conforme a las disposiciones y reglas que se establecen en este Capítulo y que se reflejan en los distintos apartados de la tabla 3 que figura como Anexo.

La tabla 3 contiene tres apartados:

- [a] La tabla 3.A establece la cuantía del perjuicio personal básico de acuerdo con los criterios y reglas de este sistema.
- [b] La tabla 3.B establece la cuantía de los perjuicios personales particulares de acuerdo con los criterios y reglas de este sistema.
- [c] La tabla 3.C establece la cuantía de los perjuicios patrimoniales, distinguiendo las categorías del daño emergente y del lucro cesante, de acuerdo con los criterios y reglas de este sistema.

6. INDEMNIZACIÓN POR TRAUMATISMOS MENORES DE LA COLUMNA VERTEBRAL

El sector empresarial asegurador (calificado cáusticamente como «*legislador en la sombra*» por Pantaleón Prieto) no estaba tan alarmado por las cantidades fijadas como compensación e indemnización en casos de grandes inválidos (un epígrafe estadísticamente poco significativo) cuanto por las individualmente mucho menos llamativas pero que se multiplicaban exponencialmente correspondientes a la compensación de bajas (mal llamadas *incapacidades*) temporales (un representante de una aseguradora reconoció públicamente –acaso sin conciencia del alcance de sus palabras– que, en el primer año de aplicación del sistema del 1995 los costes de siniestralidad por esta partida se habían reducido en un 25 %) y a lesiones de difícil (si no imposible) verificación científica objetiva, de las que fue ejemplo tópico el llamado «*latigazo cervical*».

Pocas veces se habrá asistido a una campaña tal de creación de opinión favorable a los intereses económicos del grupo asegurador.

Ante todo, se puso en circulación una «*leyenda*» sobre la extensión estadística de la simulación del padecimiento de esta lesión menor a la que se denominó peyorativamente

-todo un hallazgo semántico de las técnicas de intoxicación lingüística- «*cuponazo cervical*».

Cumulativamente se argumentó su frecuencia en casos de colisiones de escasa violencia.

En cuanto a lo primero, la Asociación de Abogados de Víctimas de Responsabilidad Civil (ADEVI) puso de relieve que el número de reclamaciones por este concepto era, en España, porcentualmente inferior al de otros países del entorno europeo; y que, según el estudio llevado a cabo por la Asociación de Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (ICEA), difundido por UNESPA, el índice de casos sugestivos de fraude (dentro de un universo de 400.000 víctimas, era de un 5,58 por ciento.

Por lo que se refiere a lo segundo, los estudios de biomecánica inclinan a concluir que esos impactos supuestamente leves producen a menudo este tipo de traumatismos menores, como consecuencia de las características físicas de los habitáculos de los automóviles modernos. Resulta de interés leer el documentado trabajo de Juan Gabriel de la Cruz Rodríguez, presentado en la Jornada sobre Valoración del Daño Corporal, que tuvo lugar en Badajoz el 23 de mayo del 2014.

Sin embargo, la estrategia del grupo empresarial asegurador y de sus colaboradores tuvo éxito.

En el nuevo sistema, los traumatismos menores de la columna vertebral aparecen tratados en dos lugares diferentes.

Por una parte, el artículo 135 de la Ley reformadora, regula la *Indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral*.

1. Los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor, y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica siguientes:

[a] De exclusión, que consiste en que no medie otra causa que justifique totalmente la patología.

[b] Cronológico, que consiste en que la sintomatología aparezca en tiempo médicamente explicable. En particular, tiene especial relevancia a efectos de este

criterio que se hayan manifestado los síntomas dentro de las setenta y dos horas posteriores al accidente o que el lesionado haya sido objeto de atención médica en este plazo.

- [c] Topográfico, que consiste en que haya una relación entre la zona corporal afectada por el accidente y la lesión sufrida, salvo que una explicación patológica justifique lo contrario.
 - [d] De intensidad, que consiste en la adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.
2. La secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal.
 3. Los criterios previstos en los apartados anteriores se aplicarán a los demás traumatismos menores de la columna vertebral referidos en el baremo médico de secuelas.

Conviene recordar que en el artículo 37.1 se dispone que «[la] determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante informe médico ajustado a las reglas de este sistema...».

Pero ahora se parte de que esos traumatismos cervicales menores se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor, y no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias.

Los redactores de la norma parecen olvidar que, en la bibliografía especializada (por todos, valga la cita del meritorio trabajo de Guillermo Represas) se sugieren y describen técnicas posibles de evaluación científica objetiva de este menoscabo.

Cosa distinta es que su costo (en términos estrictos de *Análisis Económico del Derecho*) convierta su prueba y su refutación probatoria en un factor disuasorio –dada la relación de su coste con el beneficio predecible: *Posner y Calabresi dixerunt*– de su utilización procesal.

Así que, para superar estas dificultades, optaron por trasladar criterios mayormente importados de las enseñanzas de la experiencia vulgar a los que el perito, primero, y el órgano jurisdiccional después, han de ajustarse para establecer la relación de causalidad entre el siniestro y la alegada lesión.

El transcrito artículo 135 constituye un ejemplo sorprendente y excepcional –dentro de nuestro sistema normativo– de establecimiento legal imperativo de las bases de una inferencia científica y –por ampliación– jurisdiccional.

En él se consagran criterios admitidos generalmente en la comunidad científica basados ante todo en enseñanzas de la experiencia común de la vida, luego enriquecidos (con pretensiones de mayor precisión) por las aportaciones personales de los especialistas que, en realidad, poco añaden de nuevo (al final, todo se resuelve en la fijación del plazo de afloramiento de los síntomas, terciado por el nuevo sistema que asume la opinión mayoritaria), como se desprende del trabajo resuntivo de Eugenio Laborda Calvo.

Los criterios legales tasados de esa inferencia (que implican una regresión a criterios de valoración que parecían definitivamente superados) han de considerarse meramente orientativos, a falta de la que pueda desprenderse de la prueba propuesta y practicada sobre la cuestión, aplicando las reglas de la técnica médica aplicada al caso concreto, eso que suele denominarse pretenciosamente «*lex artis ad hoc*». De otro modo, la norma presentaría ribetes de inconstitucionalidad, por deficiencias de la efectividad de los derechos a la tutela judicial efectiva y de defensa de los derechos e intereses en debate.

7. LA PRUEBA PERICIAL

Se repite machaconamente –otra vez en el inevitablemente latín que se desconoce– que «*iura novit curia*».

Sea el órgano jurisdiccional conoce las normas vigentes aplicables al caso conflictivo. Pero nada más. Si tiene que utilizar saberes extrajurídicos para formar su convicción, ha de acudir a la información que le puedan proporcionar los que son expertos en ellos: los peritos.

El artículo 335.1 de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil establece que «... [cuando] sean necesarios conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos, las partes podrá aportar al proceso el dictamen de peritos que posean los conocimientos correspondientes o solicitar, en los casos previstos en esta Ley, que se emita dictamen por perito designado por el tribunal...».

Los artículos 723 a 725 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal aluden al informe pericial dentro del capítulo destinado a las pruebas que han de practicarse en juicio.

Sorprendentemente (al menos, a los ojos de un procesalista moderno), hay que acudir a las normas sobre la instrucción en forma de sumario para encontrar las reglas de la pericia, empezando por la propia fijación de su finalidad.

El artículo 456 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, fundamental en esta materia, dispone que el Juez «... acordará el informe pericial cuando, para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia importante en el sumario, fuesen necesarios o convenientes conocimientos científicos o artísticos».

Tanto en este artículo como en el 335.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (en que se configura la pericia como instrumento «... para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos ...»), se asigna a la pericia una doble finalidad (que coincide con un extendido estado de opinión en la bibliografía procesalista, seguido –en el ámbito de la Medicina Legal– por Rodríguez Jouvencel):

- [a] proporcionar a las partes y al órgano judicial información sobre normas de experiencia técnica no jurídica; y
- [b] aplicarlas para aclarar o enriquecer información sobre el hecho enjuiciado obtenida de otras fuentes de prueba.

La asimilación ejerce un atractivo tal que algunos monografistas ven en el perito «... a un juzgador de facto del hecho examinado, especialmente en aquellos casos, muy frecuentes, en los que la prueba decisiva es la pericial; perspectiva sin duda exagerada, frente a la que se alzan quienes enfatizan la libertad de valoración que, en último término, conserva el órgano jurisdiccional (al que aluden, en términos enérgicos, Sentencias como las de 7 y 10 de febrero, 30 de marzo y 10 de noviembre de 1994 y 28 de junio de 1995), aunque no se pueda desconocer los límites que ha puesto a esa libre apreciación la más moderna doctrina jurisprudencial.

Esta segunda dimensión se correspondería propiamente con la fase de *conversión*, en la exposición de Serra Domínguez. Pueden llevar a cabo la conversión el perito en su dictamen (aplicando sus conocimientos a hechos conocidos en el curso del proceso); el órgano jurisdiccional en su sentencia, a partir de la información proporcionada por el perito, o ambos a la vez.

No es infrecuente, por ejemplo, que el perito médico explique (realizando una *conversión hipotética*) que la persona imputada refiere, en su anamnesis, datos sobre la mecánica de un hecho de la circulación y unos síntomas subjetivos –imposibles de objetivar– compatibles con una determinada lesión permanente, aunque carezca de otros

complementarios necesarios para establecer con certidumbre el diagnóstico. El perito puede verificar si se produjo una lesión, registrar los síntomas referidos por la persona lesionada, comprobar si esos síntomas se describen en la bibliografía dominante como producidos por ese tipo de lesión en casos *no sospechosos*, y si existen datos que pueden contrarrestar la aparente veracidad de las manifestaciones de dicha persona lesionada. El órgano jurisdiccional, finalmente, valorando el resto de la información proporcionada por otros medios de prueba (a título de ejemplo, la que pueda aportar un investigador privado), fijará (realizando la *conversión definitiva*) si es posible afirmar –por presunción a partir de indicios– la realidad de la secuela más allá de toda duda razonable.

8. LAS DISTINTAS POSICIONES NO PARCIALES DE UN MÉDICO EN EL PROCESO

Coincidiendo en buena parte con la pedagógica explicación proporcionada por Rodríguez Jouvencel, una persona, experta en una materia determinada (en este caso, la Medicina), puede ser llamada a juicio –no siendo como parte procesal– por una de estas razones:

- [a] porque posee información que puede contribuir a la reconstrucción de lo sucedido, bien por haberlo presenciado (testigo presencial) bien por haber tenido noticia de ello por quien estaba presente cuando ocurrió (testigo de oídas o de referencial);
- [b] porque posee, como profesional, información relevante para el tratamiento del caso, por haber entrado en contacto con alguna de las personas involucradas en él antes de haberse iniciado el procedimiento, o, aun ya comenzado, al margen de él; y
- [c] porque, una vez iniciado el procedimiento, es llamado para que colabore, como profesional, aportando los conocimientos que posee como tal, para una mejor reconstrucción o tratamiento jurídico de lo sucedido.

El médico testigo, cuya experiencia técnica es irrelevante procesalmente

En el primer caso, el profesional, en principio, intervendrá como testigo, sin ninguna particularidad por poseer unos especiales conocimientos.

Declarará como tal por ser una de esas «... personas que tengan noticia de hechos controvertidos relativos a lo que sea objeto del juicio ...», como se lee en el artículo 360 de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil.

Comunicará, por tanto, cuanto sepa sobre lo ocurrido, añadiendo, en su caso, sus apreciaciones como cualquier otra persona, partiendo de las enseñanzas de la experiencia vulgar.

El médico como testigo experto

Esta situación puede complicarse cuando alguna de esas apreciaciones se refiere a la materia en que tiene conocimientos especializados.

Un médico que presencia un accidente de circulación, podrá –como cualquiera– describir la escena que percibió y su dinámica, pero puede añadir detalles –estado en que se encontraba el conductor (estimando clínicamente, por ejemplo, si presentaba síntomas de intoxicación aguda por consumo de alguna sustancia psicoactiva) o características de las heridas sufridas– que conoce por su profesión y que exceden de lo que forma parte del acervo de la experiencia vulgar.

Surge, así, la figura del **testigo experto+*, en el sentido más estricto de la expresión (aunque coincida su traducción literal, el *expert witness* anglosajón es el perito del Derecho continental), ya que es un testigo que posee unos conocimientos que le permiten enriquecer la información que puede proporcionar sobre lo sucedido.

El testigo experto o testigo perito –escribe Camarena– «... es quien, poseyendo conocimientos especiales, percibe un hecho, a partir precisamente de aquéllos y se le llama al proceso para que refiera cuanto sabe del mismo. A diferencia del perito, su conocimiento es preprocesal. Se plantea si es perito o testigo. Se podría decir que cuando relata hechos es testigo y cuando informa sobre dichos hechos es perito, pero en la práctica las dos cualidades son de difícil delimitación. ...».

Es un testigo –insisten Gómez Orbaneja y Herce Quemada– «... aunque a su testimonio pueda concederle el Juez mayor valor que al de un testigo corriente. ... Por ejemplo, el médico que presencia la agresión [o el accidente] y presta asistencia al herido es testigo cuando *relata* cómo ocurrió el hecho y cuántas y cuáles eran las heridas que presentaba el agredido. Naturalmente que nada se opone a que esa misma persona pueda figurar también en el proceso como *perito*, cuando dictamina si con un tratamiento adecuado esas heridas hubiesen podido curarse en tantos días en vez de en tantos otros. ...».

Surge así una prueba mixta (como la califica Guasp), que no ha dejado de suscitar recelos entre los especialistas, porque se introduce una pericia por la vía de la prueba

testifical, y sin adoptar el procedimiento legalmente establecido para ésta; y también entre los propios peritos, que la denuncian como un mecanismo para conseguir un informe técnico sin satisfacer los honorarios correspondientes.

El artículo 370.4 de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil regula, por vez primera, el estatuto procesal del que denomina *testigo-perito*. Lo será el testigo que «... posea conocimientos científicos, técnicos, artísticos o prácticos sobre la materia a que se refieran los hechos del interrogatorio ...».

En tal caso, prosigue el precepto últimamente invocado, serán admisibles (y podrán ser tomadas en cuenta a efectos de formar la convicción judicial) «... las manifestaciones que en virtud de dichos conocimientos agregue el testigo a sus respuestas sobre los hechos ...».

El testimonio del médico sobre una actividad profesional extraprocesal

Se puede recabar del experto que proporcione información sobre una actuación profesional que realizó extramuros del proceso.

Se da esta situación cuando es llamado a juicio un médico que ha tratado, en esta condición, a una persona determinada, pudiendo, por ello, proporcionar información de su estado de salud (física o psíquica) en que se encontraba cuando lo trató, así como el contenido del tratamiento y la evolución del enfermo.

No se trata de un testigo con especiales conocimientos, de interés para el caso (no es, por tanto, un testigo perito), sino de un testigo que es citado al procedimiento precisamente porque el objeto de su testimonio es una actividad profesional.

El problema surge porque, cuando accedió a la información de interés procesal, el profesional había establecido una relación espontánea con la persona que se dirigió a él justamente por su condición de experto.

El enfermo está ligado al médico por una especial relación de confianza, fundada en el deber de secreto o reserva que vincula al primero en cuanto instrumento protector de la intimidad del enfermo, como derecho reconocido por el artículo 18 de la vigente Constitución Española. El caso cae justamente dentro de uno de los extremos objeto del *Juramento hipocrático*: «Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto. ...». Valen, a propósito del perito médico, las reflexio-

nes contenidas en la Sentencia 110/1984, de 26 de noviembre, Sala 10 del Tribunal Constitucional, sobre otros tipos de secreto profesional: el bancario y el de los abogados.

La dificultad se produce por la colisión de dos intereses atendibles: la importancia que tiene el respeto al secreto médico, por una parte, como garantía del derecho del enfermo a su intimidad, y pieza importante, además, del diseño de una Sanidad eficaz; y, por otra, la relevancia del testimonio del médico para el tratamiento del caso.

Actualmente, parece extensible a todos los órdenes jurisdiccionales lo dispuesto en el artículo 371 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, bajo el epígrafe *Testigos con deber de guardar secreto*:

«... 1. Cuando, por su estado o profesión, el testigo tenga el deber de guardar secreto respecto de hechos por los que se le interroge, lo manifestará razonadamente y el tribunal, considerando el fundamento de la negativa a declarar, resolverá, mediante providencia, lo que proceda en Derecho. Si el testigo quedare liberado de responder, se hará constar así en el acta...».

El precepto es técnicamente insatisfactorio. Teniendo en cuenta que la decisión del órgano jurisdiccional ha de ponderar muy cuidadosamente los intereses en juego, debiera ser en todo caso suficientemente motivada. Si se toma por escrito, debiera adoptar la forma de auto, en lugar de remitir a la modalidad de providencia razonada (apropiada para decisiones que sólo requieren una motivación sencilla, como no suele serlo en estos casos); si verbalmente, la fundamentación habrá de hacerse constar en el acta, se opte, o no, por liberar al testigo de su deber de responder.

Actualmente, es muy frecuente que algunas entidades aseguradoras mantengan relación con otras asistenciales pertenecientes al mismo grupo empresarial.

Cuando el testigo perito sea un profesional sanitario incorporado a la organización asistencial vinculada a una entidad aseguradora, y propuesto por ésta, no sólo podrá ser tachado por la contraparte, a tenor del artículo 377.1.21 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (por ser el testigo, «... al prestar su declaración, dependiente del que lo hubiere propuesto o de su procurador o abogado o estar a su servicio o hallarse ligado con alguno de ellos por cualquier relación de sociedad o intereses ...»), sino que estará obligado al silencio sobre cuanto hubiere conocido en el ejercicio de su profesión, so pena de incurrir en responsabilidad penal, a tenor del artículo 199 del Código de esta clase. Su deber de reserva se extiende a sus relaciones extrajudiciales con la entidad aseguradora, sin que, por tanto, se puedan compartir las informaciones archivadas en

los bancos de datos de las asistenciales, en cuanto son proporcionados por los lesionados o enfermos en función de su relación de confianza con el profesional sanitario que los atiende.

El médico perito procesal

Cuando el profesional médico es llamado para participar en un procedimiento ya iniciado, sin haber tenido previo contacto con su objeto ni con las personas involucradas en él, puede ser requerido para que proporcione:

- [a] una información abstracta, sobre materias propias de su conocimiento especializado (la descripción del contenido de una lesión permante incluída en la Tabla VI del *Anexo*; o de varias de ellas, explicando si todas constituyen categorías autónomas o una de ellas comprende a otra u otras); o
- [b] una información concreta, aplicada al caso investigado o enjuiciado (así, si a la persona lesionada resta alguna de esas secuelas; o si la lesión que se le apreció es compatible con la mecánica del hecho lesivo).

En el primer caso, es deber del perito médico exponer cuanto sepa del objeto sobre el que es interrogado.

En el segundo, habrá de llevar a cabo su actividad de conformidad con las reglas propias de ella (lo que podría llamarse la *lex artis* del perito), ajustadas a las circunstancias del caso concreto (equivalente a lo que en la actividad médica curativa se denomina usualmente *lex artis ad hoc*).

Con todo, no se puede confundir la confianza de la parte que encarga al perito su dictamen con la imparcialidad de ese perito, que ha de quedar siempre a salvo. El perito designado por una parte procesal lo es porque ésta confía en su competencia profesional, pero, pese a ello, tiene el deber de actuar con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, tal como hoy previene el artículo 335.2 de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil.

Por eso entre las tachas que se pueden oponer para desacreditarlo, enumera, el artículo 343 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en tercer lugar, «... estar o haber estado en situación de dependencia o de comunidad o contraposición de intereses con alguna de las partes o con sus abogados o procuradores ...»; por eso también, ese perito autor del dictamen, al

tiempo mismo de emitirlo, ha de manifestar, bajo juramento o promesa de decir verdad, por imperativo del artículo 335.11 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, haber actuado «... con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes ...».

La tacha antes aludida puede ha de producir, seguramente, un interesante efecto profiláctico sobre los dictámenes periciales médicos emitidos por profesionales contratados por entidades aseguradoras o por las asistenciales conexas con ellas dentro de una organización empresarial superior.

El perito médico valorador del daño corporal –ya intervenga en fase no litigiosa ya cuando ha surgido el conflicto entre partes– habrá de actuar con buena fe, lo que significa que ha de descubrir su condición de tal a la persona que ha de examinar, lo que ha dado lugar a que en los sectores especializados se aluda a la necesidad de obtener de ella lo que –por analogía con lo que se dispone sobre tratamiento médico– se denomina *consentimiento informado+, sin contar con el cual –expreso o por actos concluyentes– el material probatorio obtenido podría resultar inutilizable de acuerdo con la sanción prevista por el artículo 11 de la vigente Ley Orgánica del Poder Judicial para las actuaciones que adolezcan de mala fe procesal.

Por tanto, el perito médico que pretenda reconocer a una persona supuestamente lesionada deberá informarla del objeto y contenido del examen que se dispone a llevar a cabo, y advertirle:

- [a] que interviene en virtud de una habilitación o mandato judiciales (o del encargo de una persona o entidad interesadas si se trata de un examen extraprocesal, con vistas a una valoración del caso o de una eventual solución transaccional);
- [b] que interviene en concepto de perito y no de médico asistencial;
- [c] que la finalidad de su examen no es la curación o mejora de dicha persona, sino la evaluación de su estado, emitiendo los correspondientes diagnóstico y pronóstico no con una finalidad médica sino procesal; o lo que es lo mismo, que los resultados de su examen serán puestos en conocimiento del órgano jurisdiccional que conoce el caso, o de la persona o entidad que ha contratado sus servicios, si se trata de un examen extraprocesal.

El perito médico actuará prudentemente registrado estas advertencias por escrito, que presentará a la persona que pretende examinar, para que lo firme, dándose por enterada y prestando su consentimiento al examen de que va a ser objeto.

A falta de consentimiento, no estará legitimado para practicar su examen incluso contra la voluntad de la persona que ha de ser objeto de él.

El consentimiento del examen pericial, al igual que el prestado para cualquier actividad curativa, es revocable a voluntad de la persona que lo haya prestado.

La posibilidad de que la parte demandada pueda aportar dictámenes de valoración del daño corporal acompañando a la contestación de la demanda puede provenir de la negativa de la persona que ha de ser reconocida. En este caso, sólo cabrá acudir a la proposición de prueba pericial a cargo de un perito designado judicialmente, pero ello puede colocar a la parte demandada en una situación de desigualdad de armas contraria a la efectividad de los derechos constitucionales a la tutela judicial y a la defensa de los propios derechos e intereses legítimos.

El artículo 345 de la Ley de Enjuiciamiento Civil trata de resolver un problema estableciendo un criterio que podría trasplantarse a lo penal. Se trata de la posible intervención de las partes en las operaciones periciales.

El precepto invocado establece:

«... 1. Cuando la emisión del dictamen requiera algún reconocimiento de lugares, objetos o personas o la realización de operaciones análogas, las partes y sus defensores podrán presenciar uno y otras, si con ello no se impide o estorba la labor del perito y se puede garantizar el acierto e imparcialidad del dictamen.

2. Si alguna de las partes solicitare estar presente en las operaciones periciales del apartado anterior, el tribunal decidirá lo que proceda y, en caso de admitir esa presencia, ordenarán al perito que dé aviso directamente a las partes, con antelación de al menos cuarenta y ocho horas, del día, hora y lugar en que aquellas operaciones se llevarán a cabo...».

Los comentaristas ven con malos ojos la restricción de las posibilidades de intervención de las partes en las operaciones periciales. Sin embargo, parece que las relativas a la valoración del daño corporal resultan razonables. Garciandía, por ejemplo, enumera entre éstas *... el seguimiento de la evolución que experimenta una enfermedad que se dilata en el tiempo, o en el examen de ciertos objetos, lugares o personas que, por razones de orden público, protección de derechos y libertades, respeto a la moral y al decoro o resultado que trata de obtenerse...+.

Cuestión distinta es que puedan llevar a cabo las operaciones periciales dos peritos conjuntamente. En la valoración del daño corporal, puede ser útil en la medida en que cada uno de ellos constituye un factor de crítica sobre lo realizado por el otro, puede favorecer la colaboración final entre ambos y la coordinación de sus respectivos dictámenes y evitar molestas repeticiones a las personas que han de ser reconocidas.

9. LA INTERVENCIÓN DEL PERITO MÉDICO EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

Ante todo, conviene distinguir –con Rodríguez Jouvencel– entre la valoración médica del daño y su valoración jurídica, algo que resulta de especial importancia en un momento en que se está produciendo un *expansionismo* pericial que conduce a ampliar la valoración médica expresando opiniones y formulando conclusiones que pertenecen al campo de la interpretación y aplicación de las normas jurídicas; o, lo que es peor (y así se puso de relieve en la Jornada monográfica que tuvo lugar en el Centro de Estudios de la Administración de Justicia, en Madrid, el 13 de junio del 2001), condicionando el modo de peritar médicamente a esos juicios jurídicos previos del perito, peligrosamente elididos, además, al emitir el dictamen pericial en juicio, impidiendo que el juzgador se dé cuenta del sesgo que (por supuesto, con la mejor fe) se imprime a aquél.

El perito médico –insiste Rodríguez Jouvencel– ha de valorar médicamente el daño corporal, limitándose a «... establecer un juicio diagnóstico de las lesiones y secuelas y las consecuencias funcionales de las mismas, ya con carácter general (déficit funcional genérico –ejemplo, para los gestos ordinarios de la vida diaria–) y para el desempeño de actividades concretas (déficit funcional específico, así para el ejercicio de determinada actividad y oficio, dentro del binomio o relación lesión tarea) ...» explicando, además, en su caso, con qué epígrafe o epígrafes de la Tabla VI corresponde, o con cuál o cuáles guarda mayor analogía, si no está expresamente incluido en ella. A las partes y al órgano jurisdiccional compete extraer las consecuencias jurídicas de esa valoración médica, y resolver, si se produce, cualquier dificultad de interpretación o aplicación normativas.

La tarea del perito puede, de este modo, condicionar seriamente la del jurista y, en la medida en que influye en el tratamiento jurídico del caso, definir el alcance de la cobertura del seguro (de suscripción voluntaria u obligatoria) de responsabilidad civil derivada del hecho lesivo.

En buena técnica procesal, el perito médico debiera ser interrogado con arreglo a un protocolo como el siguiente:

- [a] Descripción del estado de la persona lesionada.
- [b] Diagnóstico médico de ese estado en el momento del reconocimiento.
- [c] Establecimiento de la posible relación de causalidad entre su lesión y el siniestro, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de éste y las enseñanzas de la biomecánica (con todas sus limitaciones) y de la ciencia médica.
- [d] Tratamiento de la lesión con arreglo a criterios generalmente admitidos en la comunidad científica.
- [e] Pronóstico de la evolución de la lesión a corto, medio y largo plazo.
- [f] Si la lesión ha curado, tiempo invertido en la curación y descripción de su evolución.
- [g] Si se ha llegado a la fase de la estabilización lesional, sin regreso al estado de salud inmediatamente previo al siniestro:
 - [g.1] descripción del estado final
 - [g.2] determinación del menoscabo residual
 - [g.3] explicación de la situación del lesionado estabilizado
 - [g.4] concreción de un eventual tratamiento de mantenimiento con descripción de sus características y duración.

Por supuesto, los redactores en la sombra no estaban para estas finuras.

Lo curioso es que, tras la asimilación de estos traumatismos menores a las lesiones temporales, incluyen, en la Tabla 2.A.1. del Anexo, como parte del Baremo médico, dentro del Capítulo III (sistema músculo esquelético: B) columna vertebral), un apartado dedicado a los traumatismos menores de la columna vertebral, ocupándose, en primer lugar, de las algias postraumáticas cronicadas y permanentes y/o síndrome cervical asociado y/o agravación de artrosis previa, secuela a la que se asigna entre 1 y 5 puntos.

En suma, este apartado parece presuponer que hay traumatismos menores que sí son verificables objetivamente, más allá de la anamnesis del lesionado y de algunas

comprobaciones complementarias, y que son tratados como secuelas permanentes, resarcibles cumulativamente con la compensación del tiempo de baja temporal.

No obstante, es difícil llegar a conclusiones seguras partiendo de un texto de calidad normativa tan mediocre.

10. VALOR PROBATORIO DE LA PRUEBA PERICIAL

Al filo de la Ley de Enjuiciamiento Civil de 1855, una de las mayores preocupaciones de los especialistas era determinar el valor que habría de asignarse a los resultados de la pericia. La opinión dominante, convertida en doctrina jurisprudencial, negaba que el Juez quedara vinculado por aquéllos.

El artículo 632 de la de 1881 no se apartó de estos precedentes, y disponía que «... los Jueces y los Tribunales apreciarán la prueba pericial según las reglas de la sana crítica, sin estar obligados a sujetarse al dictamen de los peritos...». El artículo 348 de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil (aplicable supletoriamente –con arreglo a su artículo 4º– para colmar posibles lagunas de otros subsistemas procesales) dispone, en la misma línea: «... El tribunal valorará los dictámenes periciales según las reglas de la sana crítica».

Un comentarista clásico de la Ley procesal de 1881, Manresa, explicaba así el alcance de la norma de apreciación de la pericia: «...Aunque se deja al criterio del juez la apreciación de la prueba pericial, éste no puede proceder arbitrariamente, sino sujetándose a las reglas de la sana crítica, que son las de la lógica y el sentido común. Cuando los peritos están conformes, y su dictamen verse sobre hechos que puedan ser apreciados con exactitud por los inteligentes en la ciencia o arte a que pertenezcan, y de los autos no resulte nada en contrario, seguramente no se separará el juez de este dictamen; pero si no concurren estas circunstancias, el juez tiene el deber de examinar en conjunto todas las pruebas para apreciarlas y formar su criterio, y si no le satisfacen las razones de los peritos, y estima ser otra la verdad legal, obrará conforme a la ley, separándose del dictamen de éstos...».

La invocación de las reglas de la sana crítica fue una originalidad del legislador español, que influyó en los ordenamientos hispanoamericanos de la época, y fue saludada positivamente por algún destacado especialista extranjero. Podía, ciertamente, servir de base para corregir los excesos de una práctica desafortunadamente subjetivista del principio de libre formación de la convicción judicial, rayana en el intuicionismo irracional, que no es sino una faz de la pura y simple arbitrariedad.

No ocurrió así. Uno de los más prestigiosos procesalistas españoles, el profesor Guasp Delgado, tras unos elogios iniciales hacia la pauta de la sana crítica, concluye negándole relevancia jurídica. El artículo 632 incita al órgano jurisdiccional a actuar con juicio discreto y objetivo frente al dictamen pericial, ponderando sensatamente las razones en pro y en contra de sus conclusiones, y decidiendo en consecuencia. Pero, puesto que ninguna norma jurídica concreta estas indicaciones, harto genéricas (hasta el punto de que, se dice, dos vocales de la Comisión Codificadora, que lo intentaron, al tiempo de debatirse el vigente código procesal civil, cosecharon un rotundo fracaso), se llega finalmente «...a un estado de derecho absolutamente coincidente con el principio de libre apreciación...».

La opinión dominante en la bibliografía española especializada insiste en la libertad de apreciación de las pruebas, de que goza el juzgador, convertido en paradójico perito de peritos, y legitimado para fijar el valor que haya de atribuirse al informe de éstos, contemplado en el contexto del resultado del conjunto de las pruebas.

El fundamento de estos poderes valorativos, y de sus límites, ha sido sintetizado de este modo: «...El Juez puede no saber de la materia objeto del conocimiento pericial, pero suele tener sentido común...»; «...saber no equivale a valorar,... para criticar no es necesario un saber científico completo y caben dictámenes contradictorios en materias que exigen el mismo rigor y no por ello la ciencia sufre, sino que se engrandece...».

La necesidad de poner a salvo, al juzgador, de errores determinados por la falibilidad de los peritos constituye un argumento recurrente en favor de la libertad de apreciación de aquél. Frente a lo que Merle y Vitu han dado en llamar la “superstición de la pericia”, se recuerda que «...numerosos errores judiciales fueron resultado de conclusiones basadas en datos científicamente incorrectos, afirmados con convicción por expertos cuya autosuficiencia sólo era equiparable a su ignorancia...».

Desde luego, se rechaza que la libertad valorativa del juzgador sea absoluta. «...Una prueba libre no significa que el Juez pueda seguir su capricho o entregarse a la conjetura o a la sospecha...». «...El juez que ordenó la prueba pericial para determinada comprobación –escribe la profesora Romero Coloma– no podrá desprestigiar sus resultados, o rechazarlos simple y llanamente. Caería en evidente contradicción y su proceder sería absurdo y perjudicial para los fines de verdad que impulsan el proceso...». Su rechazo habrá de ser debidamente argumentado.

En efecto, cuando se repasan las explicaciones de muchos de los que se adhieren a esta tesis, se observa que la hacen compatible con la exigencia de una adecuada

fundamentación. Ciertamente, el triunfo del principio de la formación de la convicción judicial en conciencia trajo consigo la imagen del juez “*a peritis solutus*”, parafraseando el afortunado hallazgo expresivo del profesor Prieto-Castro. Sin embargo, llevar el criterio rector hasta extremos absurdos, provocaría el riesgo de retrocesos pendulares a sistemas de prueba legal, correctores de los excesos del arbitrio judicial, y que se creían definitivamente superados.

La sana crítica, en palabras del profesor Montero Aroca, vendría a «...exteriorizar un juicio razonado, que indique por qué motivos se acepta o rechaza, en todo o en parte, una opinión expuesta...». En el fondo, todo depende de la idea que se profese sobre el alcance mismo del principio de la valoración libre de la prueba, tras la consagración constitucional del deber de motivar las resoluciones jurisdiccionales (artículo 120.3), de la proscripción de la arbitrariedad de la actuación de los poderes públicos (artículo 9.2) y del derecho a la llamada presunción de inocencia (artículo 24.2, in fine).

La eficacia probatoria del informe pericial depende de una pluralidad combinada de factores.

[a] Importa, desde luego, calibrar la fiabilidad del dictamen desde el punto de vista de la imparcialidad del perito, y de su preparación técnica.

En cuanto a la primera, habrá que examinar si concurren sospechas de confabulación con alguna de las partes, o razones que lo inclinen –consciente o inconscientemente– a favorecer o a perjudicar a cualquiera de ellas. La depuración de estos extremos viene facilitada al prever, las Leyes procesales, causas de recusación de los peritos. Su regulación se contiene en los artículos 124 al 128 de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil, y 467 a 470, 662 y 663, y 723, de la de Enjuiciamiento Criminal).

Existe una marcada desconfianza hacia el perito designado unilateralmente por una de las partes (la figura del perito interesado), y mayor aún, frente a los informes extrajudiciales, que se tratan de incorporar al proceso.

La Sentencia 275/1997, de 31 de marzo, de la Sala Primera del Tribunal Supremo, no duda en invocar, para ratificarlo, el criterio de la de 5 de abril del 1982, de la Sala Quinta, previniendo que «... ante la disparidad de los criterios expuestos entre peritos de titulación semejante se debe dar preferencia a los emitidos por los designados por el Juzgado por coincidir en ellos una presunción de mayor objetividad...».

«...A los peritos aceptados y pagados por las partes –escribe un conocido monografista– deberá contemplárselos con cierta reserva, ya que cabe la posibilidad de que no se sientan tan obligados a ser objetivos como los expertos designados por el Tribunal o el Ministerio Público... No estaría justificado, sin embargo, sentir hacia ellos verdadero recelo...».

Un buen ejemplo de esta mentalidad lo ofrece la Sentencia 602/2006, de 18 de septiembre, de la Sección 4ª de la Audiencia Provincial de Cantabria.

Se discutía, en el recurso, el crédito concedido por resarcimiento de daños psicológicos. La recurrente interesaba que fuese preferido el informe pericial emitido por el profesional por ella designado, a aquel otro elaborado por perito de designación judicial.

El tribunal razona de este modo su decisión de dar prevalencia al perito designado judicialmente: «... Como suele suceder en este clase de asuntos, el Tribunal cuenta con pareceres técnicos discrepantes, algunos de los cuales benefician al actor y otros a los demandados. Entre los primeros se encuentran siempre (esa es la experiencia de este Tribunal) los informes periciales realizados por orden del demandante y a su costa, que merecen escaso crédito a este Tribunal, pues quien contrata y paga, suele mandar, vicio de parcialidad del que adolecen también los informes presentados por los demandados, casi siempre complacientes con las propias tesis. Ante tal estado de cosas, la credibilidad que merecen los informes emitidos por los peritos judicialmente designados conforme a un método aleatorio (el previsto en el art. 341 LEC), debe reputarse muy superior a la de los emitidos por peritos privadamente contratados, pues en sede de valoración de prueba, cuando ésta es personal (o, aunque técnica, es prestada por personas), resulta determinante la confianza que el perito suscite en el Tribunal, la cual, a fin de cuentas, deriva de una doble circunstancia: la profesionalidad del perito y, sobre todo, su imparcialidad. La profesionalidad, ciertamente, podemos presumirla en todo persona que posee un título; pero no sucede lo mismo con la imparcialidad, que de una parte queda seriamente cuestionada cuando el perito es contratado y pagado por la parte, y de otra parte queda confirmada cuando no existe ningún vínculo entre parte y perito. Por estas razones, cuando en la causa existe un informe emitido por perito de nombramiento judicial, este Tribunal suele concederle un crédito casi absoluto. Por otra parte, aunque la valoración probatoria de la pericia –como no puede ser de otra forma– corresponda al Juez, y lo sea con arreglo al criterio de la sana crítica, ello no le obliga a convertirse en una suerte de súper-perito, que dé respuesta –necesariamente técnica– a las contradicciones resultantes de los diversos informes, pues tal labor, aparte de ser práctica-

mente imposible desde el punto de vista científico (la existencia misma de esas contradicciones avala tal imposibilidad), sólo sería factible si el Juez fuera capaz de someter a crítica técnica los diversos informes, para lo cual debería necesariamente contar con bastos conocimientos en la materia. El postulado que mencionamos (la valoración de la prueba pericial conforma a la sana crítica), aunque indiscutible, descansa sobre otro presupuesto igualmente incuestionable, cual es la capacidad de crítica del juzgador, ordinariamente limitada en cuestiones muy técnicas (mejor sería decir limitadísima), limitación que, en principio, debe llevarle a aceptar las conclusiones de aquella clase de peritos, salvo que resulten manifiestamente erróneas o atrevidas (lo que no sucede en el caso de autos). Y es que, aunque encargado de resolver el asunto, el juez sigue siendo, en esa clase de materias, tan ignorante como cualquier ciudadano medio, por lo que si se erigiera alegre y desmedidamente en crítico del técnico, incurriría en evidentes errores de valoración, ya que la valoración y crítica de una prueba pericial requiere unos conocimientos técnicos integrales (todos los que integran la respectiva ciencia; en el caso de autos, nada menos que la psiquiatría y la psicología) de los que el juez carece. Queremos decir con esto que “sana crítica” no puede significar crítica arbitraria, ni superficial, ni frívola; y queremos decir también que una crítica será necesariamente arbitraria siempre que el juez se inmiscuya en cuestiones técnicas cuyos presupuestos ignore por completo. Este Tribunal, así lo proclama, no está compuesto por médicos, ni siquiera por aficionados a la medicina. Por las antedichas razones, resulta razonable concluir que la fuerza de convicción de una pericia descansa sólo, o casi exclusivamente, en la confianza que el perito pueda despertar en el Tribunal. Aplicando la anterior doctrina al caso de autos, y por las razones antedichas, el único perito que merece verdadero crédito al Tribunal es el judicial, único profesional que carece de vinculación con las partes, y que, al emitir su informe, parece conducirse con verdadera imparcialidad. Aceptamos, por eso, íntegramente las conclusiones de su informe, las cuales no resultan seriamente desvirtuadas por las razones que la recurrente aduce en beneficio propio. En este sentido, y como ya hemos dicho, la única manera de desvirtuar las conclusiones establecidas por el perito judicial, sería demostrando contundentemente que dicho perito yerra, para lo cual se requiere no simplemente la presentación de un informe pericial alternativo, sino la demostración de un error patente por parte del perito de designación judicial, error que este Tribunal no advierte en el dictamen aportado a las actuaciones y obrante a los folios 315 y siguientes. ...».

Por supuesto, lo anterior deja sin resolver cómo proceder cuando la persuasividad de los dictámenes entre sí contradictorios es equivalente.

Este recelo puede conducir a depurar con especial cuidado la veracidad de los presupuestos de trabajo, la razonabilidad científica objetiva del método y la coherencia lógica de la motivación de las conclusiones del dictamen del perito *de parte*; pero, por sí solo, no puede convertirse en criterio de atribución de mayor persuasividad. El perito designado por una parte no es más que un profesional en cuya competencia confía ésta. Esa confianza no significa que el perito asuma el compromiso de informar en el sentido más favorable a los intereses de su comitente.

Por eso el artículo 335.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil prescribe que «... [a] emitir el dictamen, todo perito [cualquiera que sea la fuente de su habilitación como tal] deberá manifestar, bajo juramento o promesa de decir verdad, que ha actuado y, en su caso, actuará con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, y que conoce las sanciones penales en las que podría incurrir si incumpliere su deber como perito. ...».

Consecuentemente, la persuasividad de la peritación encargada por una parte será valorada aplicando las mismas pautas que las que se utilizan para enjuiciar el valor probatorio del perito designado judicialmente, sin que la fuente de su nombramiento pueda ser invocada para desacreditarla.

- [b] Su cualificación profesional resultará de su titulación genérica, y de su especialización en la materia objeto de informe.

La mayor cualificación de uno de los peritos con respecto a la secuela discutida enjuicio por corresponder a su especialidad médica, unido además al principio de la pluralidad conteste y descartada la rotura de la relación de causalidad temporal por un tratamiento continuo dispensado, resultante del examen de la documentación clínica obrante en autos, fue el criterio seguido por la Sentencia de 19 de mayo de 2005, de la Sección 4ª de la Audiencia Provincial de A Coruña para inclinarse por el dictamen pericial de una de las partes.

- [c] La complejidad del tema probatorio habrá de tenerse, igualmente, muy en cuenta.
- [d] Sin embargo, el centro de gravedad reside en la fiabilidad objetiva del dictamen.

Se conviene en que el valor de la pericia depende de «...los argumentos que fundamenten su parecer...», y de «...la objetividad de la fundamentación...». «... [Lo] que importa... son los razonamientos, la concatenación lógica y la fuerza convincente de los argumentos coherentemente anudados en una exposición razonada...».

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 marzo 1985 indica que la fuerza probatoria de los dictámenes radica, no en la categoría o número de sus autores, sino en su mayor o menor fundamentación y razón de ciencia, debiendo de tener, por tanto, como prevalentes en principio aquellas afirmaciones o conclusiones que vengan dotadas de una superior explicación racional, sin olvidar otros criterios auxiliares como el alejamiento al interés de las partes.

- [d.1] Ante todo, habrá que comprobar si se ciñe a los extremos sometidos a pronunciamiento.
- [d.2] Habrá de reposar sobre hechos correctos, suficientemente probados. En el modelo procesal del Common Law esta exigencia es fundamental a la hora de valorar la confiabilidad del expert witness.
- [d.3] Influirá asimismo la proximidad, la inmediación de la obtención de los datos en que se basa el informe y la densidad de éstos.

La recogida de datos en fecha próxima a su producción y a la ocurrencia del hecho litigioso permite obtener una mayor cantidad de información y garantiza una mayor genuinidad y autenticidad de la conseguida. El paso del tiempo crea el riesgo no sólo de su pérdida sino de su manipulación.

La inmediación hace posible que esa información sea de primera mano, percibida directa y personalmente por el perito. La interposición de informadores introduce un riesgo variable de falseamiento (consciente o inconsciente) de la proporcionada por ellos.

La Sentencia de 450/2005, de 14 de diciembre, de la sección sección 2ª, de la Audiencia Provincial de Badajoz, ante dos informes periciales contradictorios que se le ofrecían para valorar el daño corporal derivado de un accidente de tráfico, se inclinó por el prestado por uno de los facultativos, en atención de que el mismo respondió a un seguimiento continuo de la evolución de las lesiones, que presentaba la víctima del accidente.

Utiliza también este criterio, aunque no con carácter prevalente, la Sentencia de 18 de junio del 1998, de la Sección 3ª de la Audiencia Provincial de Navarra.

- [d.4] Los principios técnicos utilizados deben ser merecedores de reconocimiento por su aceptación generalizada en la rama científica, artística o técnica a que se refieren. Una desviación de los criterios dominantes debe resultar suficientemente justificada.

- [d.5] La metodología aplicativa de las máximas empleadas ha de ser la adecuada.
- [d.6] El órgano jurisdiccional ha de ponderar la coherencia interna del discurso del perito, depurando eventuales contradicciones.
- [d.7] La persuasividad de la motivación del dictamen ha de cimentarse sobre su científicidad, lo que obliga a desechar sus posibles componentes irracionales o meramente intuitivos. La opinión generalizada en la bibliografía especializada no puede ser más clara: «...ha llegado el momento de abandonar la intuición para dar paso al método científico...».

«... No obstante –se advierte– debemos distinguir con respecto a los efectos vinculatorios de los informes elaborados por los peritos, si nos encontramos ante dictámenes científicos objetivos o de opinión. En el primer caso, la función del especialista radica en verificar un hecho, sin que, en esta concreta clase de pericia, quepa ni pueda hablarse propiamente de opiniones, el Juez queda vinculado por la conclusión pericial. ... El segundo supuesto (dictamen de opinión) el perito, ya no verifica un hecho susceptible de ser objetivamente constatado, sino que expresa su parecer a los efectos de valorar o apreciar una afirmación fáctica procesalmente trascendente, conforme resulta de lo normado en el art. 335 («valorar hechos o circunstancias relevantes») con la finalidad de que el Juez forme su convicción sobre su realidad, de cuya conclusión el Juez puede disentir, ahora bien, no de forma discrecional, sino críticamente, es decir a través de un juicio motivadamente exteriorizado, regido por los postulados de la lógica y la razón conforme a las máximas de experiencia...».

- [d.8] La experiencia común enseña que la claridad y firme de las conclusiones del perito son indicio de su fiabilidad.

Las conclusiones del perito –escribe un conocido monografista– han de ser «... claras (para que aparezcan exactas, y el Juez pueda adoptarlas), firmes (para que sean convincentes) y consecuencia lógica de sus fundamentos (para que merezcan credibilidad). El juez, por vía de ampliación o aclaración, podrá tratar de subsanar eventuales deficiencias, antes de rechazar el valor del dictamen ...».

El valor disuasorio de las conclusiones estará normalmente condicionado por su firmeza (no incompatible con el reconocimiento de otras alternativas, estableciendo, entonces, las razones de preferencia que condujeron a optar por las presentadas como principales) y su claridad.

Una vez enjuiciada independientemente la peritación habrá que contrastarla con el resultado de otras posibles pruebas practicadas en el mismo proceso.

Se trata de algo reconocido jurisprudencialmente desde antiguo. Que la prueba pericial se valorará conjuntamente con los demás elementos de convicción traídos al proceso: documentos, testimonios y otras pericias se admite, por ejemplo, en las Sentencias del Tribunal Supremo de 3 de marzo del 1987 y de 14 de febrero y 3 de marzo del 1989.

Los mismos elementos que permiten el juicio crítico del informe, servirán para resolver la colisión de dictámenes concurrentes.

Unas veces, para hacer prevalecer un acervo de normas de experiencia sobre otro.

Otras, para dirimir entre historificaciones divergentes inferidas al aplicar aquéllas a hechos previamente probados por otras vías. A este propósito, adquiere singular relieve la contextualización del resultado de la pericia en el marco de los obtenidos por otras pruebas, con los que aquél sería apreciado conjuntamente.

En cualquier caso, se recomienda el análisis comparativo, exhaustivo y concienzudo, de los informes aparentemente contradictorios. Puede ocurrir que las divergencias sean sólo superficiales, o de matiz, o provengan de haber partido de presupuestos fácticos diferentes.

En términos generales, es doctrina jurisprudencial (que sintetiza la Sentencia de 10 de febrero del 1989) que, ante la dualidad de contenido y circunstancias existentes entre dictámenes periciales, es acorde con la racional valoración de la prueba, según las reglas de la sana crítica, conferir preferencia, para formar juicio sobre el problema cuestionado, al informe pericial practicado en autos con todas las garantías de imparcialidad y objetividad, por un profesional cuya especialidad es más acorde con la materia a dictaminar, y provisto de una riqueza superior de elementos de juicio muy expresivos.

Resulta muy ilustrativa la lectura de la Sentencia 261/2007, de 3 de abril, de la Sala Segunda del Tribunal Supremo, en la que se hace prevalecer el informe de tres peritos designados a instancia de parte sobre el dictamen de un único Médico Forense, atendiendo al mayor número y especialización de aquéllos y del superior rigor técnico de su peritación.

11. EL FRAUDE EN LOS ESGUINCES TRAS LAS NOVEDADES LEGISLATIVAS

Fernando Estrella Ruiz

Abogado

La reciente modificación del Código Penal y de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguros en la Circulación de Vehículos a Motor va a suponer una importante modificación en el tratamiento judicial de los lesionados de carácter leve en accidentes de circulación, y en especial, de los que ocupan la mayor parte de las reclamaciones, véase, los afectados por supuestos esguinces cervicales, algias lumbares o dorsales, y similares traumatismos menores a lo largo de la columna vertebral.

Y así, tales lesionados, a diferencia de lo que venía ocurriendo hasta ahora, por ejemplo, en una colisión por alcance con un supuesto esguince cervical, ni podrán interponer la correspondiente Denuncia solicitando ser vistos por el Médico Forense, ni una vez producido el automático archivo de las actuaciones, podrán solicitar el correspondiente Título Ejecutivo.

Y por ello por un doble motivo, cual es:

- En cuanto a la dinámica del accidente, por cuanto desaparece la imprudencia leve como título de imputación, consolidándose legislativamente la Jurisprudencia que, en virtud del principio de intervención mínima existente en la vía penal, venía determinado que correspondía a la vía civil el análisis de los supuestos de culpa levísima, como son las colisiones por alcance de baja envergadura y derivadas de un simple despiste, los accidentes de carácter leve por el mal uso de las rotondas (el 90% de los españoles, al día de hoy, suspenderían un examen respecto a tal cuestión, incluido los Jueces o Magistrados) y los siniestros causados al salir marcha atrás de un estacionamiento en batería el correspondiente vehículo.

- Y en lo relativo al alcance de las lesiones, por cuanto, aun cuando la conducta del lesionado en relación con la dinámica del accidente pudiera inicialmente calificarse bajo la nueva figura penal de la “Imprudencia Menos Grave”, cuyos límites habrán de ser definidos en los próximos tiempos por la Jurisprudencia, dada la no concreción de tal figura en el nuevo Código Penal (aun cuando, insistimos, de la Exposición de Motivos del mismo parece evidente la intención del Legislador respecto a dejar fuera del reproche penal determinadas conductas que debe ser enjuiciadas con mas garantías en la vía civil), existiría un segundo motivo para no calificar los hechos como constitutivos de infracción penal, cual es que, a partir de la reforma, no toda lesión provocada por Imprudencia Menos Grave resulta constitutiva de Delito Leve, sino solo aquellas que se recogen en los articulo 149 y 150 de dicho Código Penal, esto es:
- La pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica.
- La mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones.
- La pérdida o inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad.

En virtud de lo anterior, toda Denuncia presentada a partir de la entrada en vigor el día 1 de julio del nuevo Código Penal respecto a este tipo de situaciones, tanto en cuanto a la dinámica de los hechos como en cuanto a sus consecuencias, debe ser rotundamente rechazada por el Juez de Instrucción mediante el correspondiente Auto de Archivo, por no ser tales hechos constitutivos de infracción penal. En consecuencia, al no tramitarse la misma, tampoco existirá el correspondiente Informe Forense ni procederá el dictado del Título Ejecutivo, por cuanto, como ya venía indicando cierta Jurisprudencia y ahora resulta evidente, “la incoación de unas Diligencias Penales a efectos puramente formales, como mecanismo para la obtención del referido Título tras dar registro obligado a una denuncia que es rechazada ab initio por no ser el hecho constitutivo de ilícito penal, supondría un fraude procesal y un mero artificio para intentar obtener un Título de naturaleza tan privilegiada, por lo que no procede el dictado del mismo.” [Sección Cuarta de la Audiencia Provincial de Cádiz, Auto de 22 de julio de 2015].

A mayor abundamiento, tras las modificaciones efectuadas en el Congreso de los Diputados, el nuevo texto del artículo 13 de la L.R.C.S.C.V.M. establece que solo procederá el dictado de tan cualificado Título por lesiones (recuérdese que ya no cualquier lesión, sino las reguladas en los artículos 149 y 150 del Código Penal) cuando hubiera

recaído una previa Sentencia Absolutoria, dejando exclusivamente para los casos de fallecimiento el dictado de dicho Auto en el resto de supuestos que establecía el antiguo texto, esto es, cuando hubiere recaído resolución que ponga fin, provisional o definitivamente, al proceso penal incoado, sin declaración de responsabilidad. Dicho en otras palabras, tras las reformas de ambos textos legales, no solo muere el Juicio de Faltas sino que, prácticamente, desaparece el Título Ejecutivo, al quedar restringido a los supuestos antes mencionados.

Al anterior panorama en la vía penal, hay que unir la nueva regulación establecida en el artículo 7 de la L.R.C.S.C.V.M. respecto a las obligaciones previas a la vía judicial civil del perjudicado y el asegurador, la cual, resulta obvio que, al igual que la mencionada reforma del Código Penal, pretende reducir, para desgracia de Letrados como el firmante, el elevado índice de litigiosidad que recae en los Juzgados y Tribunales.

Dicho artículo establece que “con carácter previo a la interposición de la Demanda judicial, el perjudicado o sus herederos deberán comunicar el siniestro al asegurador, pidiendo la indemnización que corresponda” y facilitando “cuanta información médica asistencial o pericial de cualquier tipo tengan en su poder que permita la cuantificación del daño”. Tras dicha reclamación previa, el asegurador deberá presentar, en el plazo de tres meses desde la recepción de la misma, y tanto si se trata de daños personales como en los bienes, la correspondiente oferta motivada de indemnización si entendiera acreditada la responsabilidad y cuantificado el daño, o en caso contrario, dar la oportuna respuesta motivada.

A los efectos de tal oferta, el asegurador puede incluso, a su costa, solicitar previamente los Informes Periciales privados que considere pertinentes, a efectuar por servicios propios o concertados, si considera que la documentación aportada por el lesionado es insuficiente. Ante ello, el lesionado debe prestar la colaboración necesaria para ser reconocido y para que los correspondientes servicios médicos puedan seguir la evolución de sus lesiones, hasta el extremo de que el incumplimiento de tal deber, conforme se establece expresamente en el artículo 37, constituye causa no imputable a la entidad aseguradora a los efectos de la regla 8ª del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, relativa al devengo de intereses moratorios.

La reiterada oferta, entre otros requisitos, deberá acompañar o contener, de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga para la valoración de los daños, incluyendo el informe médico definitivo, e identificando aquellos en que se ha basado para cuantificar de forma precisa la indemnización ofertada, de manera que el perjudicado tenga los elementos de juicio necesarios para decidir su aceptación o rechazo.

Si a todo ello unimos que, tal y como se regula expresamente en el artículo 7.5, en caso de disconformidad del perjudicado con la oferta motivada, las partes, de común acuerdo y a costa del asegurador, podrán pedir informes periciales complementarios, incluido el del Forense a través del Instituto de Medicina Legal (esta última solicitud respecto al Forense también podrá realizarla el lesionado sin acuerdo de la aseguradora y con cargo a la misma), o que, alternativamente, el perjudicado también puede solicitar Informes Periciales complementarios, sin necesidad de consenso o acuerdo con la aseguradora, aunque en este caso, a costa de dicho lesionado, volviendo a interrumpirse la prescripción para el ejercicio de las acciones judiciales hasta que se produzca una obligada segunda oferta motivada en el plazo de un mes desde la recepción del mencionado Informe Pericial complementario, parece evidente que no serán muchos los lesionados de baja intensidad que terminen acudiendo a la vía judicial civil, más aún cuando, como punto de partida, se ha creado un artículo ex profeso para las indemnizaciones por traumatismos menores de la columna vertebral, esto es, el artículo 135 de la nueva L.R.C.S.C.V.M., el cual parte de una presunción de inexistencia de secuelas en el traumatismo cervical menor y en los demás traumatismos menores de la columna vertebral salvo que *“un informe médico concluyente acredite su existencia”*.

Hemos de insistir en que la obligación de toda la reclamación previa descrita con anterioridad ha quedado plasmada legislativamente, hasta el extremo de recalcarse expresamente en el artículo 7.8 de la reiterada Ley, donde se indica literalmente que “no se admitirán a trámite, de conformidad con el artículo 403 de la ley de Enjuiciamiento Civil, las demandas en las que no se acompañen la presentación de la reclamación al asegurador y la oferta o respuesta motivada, si se hubiera emitido por el asegurador”, aclarando asimismo tal artículo 7.8 que, junto a la vía jurisdiccional oportuna, las partes dispondrán asimismo de la posibilidad de acudir al nuevo procedimiento de mediación que se regula en el artículo 14 de la reiterada Ley.

A todo lo anterior, mas que suficiente para desilusionar al lesionado (cuestión distinta es a su Letrado, quien verá peligrar su soñada minuta) permítanme añadir una elucubración gratuita hoy por hoy, cual es que raro será el lesionado leve que acuda a la vía judicial (no nos engañemos, el día a día está constituido por este tipo de siniestros y lesionados, y no por las víctimas de mayor gravedad que, sin duda, agradecerán el nuevo Baremo) una vez que las compañías, en un futuro y al igual que ocurre con los daños materiales, logren crear un convenio de lesionados, o cuando menos, de lesionados de carácter leve. Por cierto, el primer paso para ello ya ha sido dado por determinadas aseguradoras al establecer una serie de acuerdos para la tramitación y pago a los lesionados que reúnan la condición de ocupantes del vehículo asegurado.

Imagínense el supuesto: el perjudicado por un accidente de circulación ocurrido en las horas o días previos, y fruto de una colisión por alcance, tras acudir a su compañía, recibe la oportuna información del tramitador, indicándole que la aseguradora contraria ha aceptado culpabilidad y poniendo en marcha los conocidos trámites para la reparación de sus daños materiales. De igual manera, imaginemos que se ha consensuado una determinada cantidad para los esguinces cervicales (recuérdese que, conforme al art. 135.2 de la reiterada Ley, no se indemnizarán secuelas derivadas de un traumatismo cervical menor salvo informe médico concluyente que acredite su existencia tras el periodo de Incapacidad Temporal, aplicándose igual criterio a los demás traumatismos menores de la columna vertebral), siendo informado tal lesionado por su tramitador que, con independencia de su curación hasta sanidad en el correspondiente centro médico, si así lo desea y facilita su IBAN, en ese mismo acto puede serle ingresada en su cuenta tal cantidad consensuada previamente entre las compañías.

Mucho me temo que llegado tal supuesto, pocos serán los lesionados que rechacen tal posibilidad de un pronto pago (especialmente, si tales algias son "relativas") y, por el contrario, acudan a un Letrado para poner en marcha todo el largo peregrinaje descrito en los párrafos anteriores, Letrado que obviamente cobrará su correspondiente minuta, produciendo una merma en la indemnización de tal persona. Y obviamente, no nos engañemos, tal dinámica dará lugar a un abaratamiento de los costes por gastos médicos, por cuanto dicho lesionado (más aún, el ficticio), a los pocos días de estar en el centro médico correspondiente, salvo aburrimiento o belleza física del rehabilitador o rehabilitadora que le atienda, y habiendo cobrado ya la oportuna indemnización, curará milagrosamente o aguantará estoicamente sus dolores con la ingesta de ibuprofeno o paracetamol, no rentándole, dinero en mano, seguir acudiendo a tal rehabilitación.

Establecido el anterior preámbulo, y en tanto no se desarrollan jurisprudencialmente las estudiadas reformas, pasemos a examinar la actual situación respecto a este tipo de lesionados, partiendo de dos ejemplos reales producidos en los Tribunales de la provincia de Cádiz:

- A) José Antonio, Luis, M^a. Luisa y Cristina, todos ellos con 20 años de edad, con ocasión de buscar un aparcamiento en las inmediaciones de la Feria de Chiclana, se ven envueltos en un atasco en una calle estrecha y de una sola dirección. En tal situación, el vehículo que les precede, da marcha atrás, obviamente partiendo de cero y avanzando no más de un metro, con intención de estacionar mejor en batería, golpeando al Mercedes Benz que ocupan tales jóvenes de forma sumamente leve, hasta el extremo de que el vehículo causante (Alfa Romeo) no tiene el más

mínimo daño o arañón y el Mercedes sufre un arañazo en su paragolpes delantero que ni siquiera es reparado, no reclamando el propietario daño alguno.

Tales chavales no le dan la mas mínima importancia al incidente, aparcen su vehículo, se van a la feria, cantan y bailan hasta las tantas de la madrugada, y al día siguiente, una vez que durmieron plácidamente, quedan todos y a las 17:30 horas acuden a un ambulatorio donde se llevan cuatro partes idénticos, tras referir todos dolor en el cuello, cefaleas, mareos y nauseas (no del White Label sino del Whisplash), con diagnóstico de esguince cervical. Con posterioridad, asistidos de un Letrado habitual en estos casos y antiguo empleado de una aseguradora, pasan a ser asistidos en una clínica privada donde, sobre plantillas grabadas en ordenador, le son entregados al alta cuatro informes milimétricos de la primera a la última palabra, con "casualmente" la misma referida sintomatología, la misma limitación a las exploraciones, la misma contractura a la palpación, el mismo diagnóstico, el mismo periodo de curación e idéntica secuela en todos ellos (recuérdese que es una frase muy recurrente de los Letrados que asisten a este tipo de lesionados y de un conocido estudioso de la biomecánica que "no hay lesiones sino lesionados"). Pero eso sí, en el estudio radiológico todos tienen lo mismo, esto es, nada.

Examinados por el forense, lógicamente los cuatro obtienen un informe idéntico en cuanto a la Incapacidad Temporal y secuela, obteniendo por ello, previa condena del contrario en un juicio de faltas, algo mas de 4.000 euros.

- B) En medio de un atasco en una calle de Cádiz, con constantes retenciones, un ciclomotor Gilera de 49 centímetros ocupado por dos personas circula detrás de un Nissan Almera donde viajan Dolores (nunca mejor dicho), Pilar y María, hermanas las tres y con 56, 53 y 51 años de edad, respectivamente. En un momento dado, el turismo reinicia marcha y avanza escasamente tres o cuatro metros hasta volver a detenerse, sufriendo un mínimo roce en su parte trasera por parte de la rueda del ciclomotor, toda vez que la conductora de este se despistó un segundo y no apreció que el turismo volvía nuevamente a detenerse.

Como consecuencia del accidente cuestionado, y pese a que ni el ciclomotor ni sus ocupantes llegaron a caer al suelo, no sufriendo obviamente lesión alguna los mismos ni el más mínimo daño, no sólo el ciclomotor sino también el vehículo Nissan, las tres ocupantes del turismo, alguna de ellas con antecedentes de un accidente anterior con las mismas lesiones (una de ellas había tenido un mínimo de tres accidentes con anterioridad, habiendo presentado en los tres siniestros las mismas lesiones), resultaron supuestamente lesionadas, alegando los ya

clásicos esguinces cervicales de marcado carácter subjetivo, y ello pese a que, como ya hemos dicho, no sufrió el mas mínimo daño el ciclomotor causante del roce, siendo mínimos, en el mejor de los casos, los daños sufridos por el turismo, no resultando obviamente lesionadas las dos ocupantes del ciclomotor, pese a que estas ultimas son las que ocupan el móvil mas frágil.

Tales lesiones se apoyan exclusivamente en tres partes idénticos emitidos por el servicio de urgencias del hospital, donde, sin practicarse ninguna prueba objetiva y por meras referencias de las pacientes, se diagnostica a todas ellas de "Síndrome cervical postraumático", e igualmente, en otros tres informes idénticos del Traumatólogo que supuestamente pautó su curación, pudiendo apreciarse fácilmente como se trata de una mera plantilla de ordenador donde se cambia exclusivamente el nombre y la edad de las lesionadas, siendo "curioso" que las tres lesionadas refieran la misma clínica, tengan el mismo dolor y limitación funcional en la exploración física y evolucionen de igual manera y milimétricamente, recibiendo todas ellas las mismas sesiones de rehabilitación y en los mismos días (obviamente, por la misma fisioterapeuta) y siendo dadas de alta médica el mismo día.

En el primer caso, como ya he adelantado, obtuvieron la correspondiente e injusta indemnización, al primer intento y con la gratuidad que supone, en cuanto al riesgo de perder, la reclamación mediante el juicio de faltas.

En el segundo caso, previo dictado de sentencia absolutoria sin entrar en el fondo y bajo el argumento de que las colisiones por alcance de carácter leve son ilícitos civiles, se dictó Título Ejecutivo, obteniendo los lesionados sentencia favorable en Primera Instancia que sería revocada por la Audiencia Provincial de Cádiz al estimar, en una interesantísima Sentencia que luego comentaré, la Nulidad del Título por inexistencia de relación de causalidad.

Estos dos ejemplos reflejan la triste y lamentable realidad que este humilde Letrado de provincia (provincia que ocupaba, hasta hace poco, puesto de Champion League en el ranking de porcentajes de esguinces cervicales a nivel nacional, según puede comprobarse en estudios como el que, en su momento, realizó la aseguradora Axa, si bien, no sin ciertos vaivenes, las aguas comienzan a volver a su cauce en virtud del criterio de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Cádiz, la cual, en virtud del criterio de la especialización, viene examinando las reclamaciones civiles derivadas de accidentes de circulación) se encuentra a diario. Es decir, adelantándome a posibles y fundamentadas réplicas a mi intervención, uno no pone en duda los múltiples estudios de biomecánica que acreditan que pueden (que pueden, no que deben, lo que nos lleva

a recordar que en Responsabilidad Civil no se indemnizan las meras probabilidades) producirse esguinces cervicales en accidentes de baja intensidad o sin daños (también pueden producirse con una catea o colleja, o en los coches de choques, o después de un brusco estornudo, pero de momento brillan por su ausencia), o las múltiples consecuencias médicas que pueden surgir a partir de tal leve impacto y que han sido brillantemente estudiadas en numerosos estudios médicos. El problema estriba en que, al menos en Cádiz (la diferencia de Oslo o de Lisboa, aunque los cuellos o los automóviles sean idénticos), no hay accidente de circulación sin esguince cervical, habiéndose convertido en un uso y costumbre (como empieza a serlo que las personas que se caen, especialmente las de cierta edad, aunque haya sido en la bañera de su casa o en el rellano de las escaleras, ubiquen tal caída en cualquiera de los miles de pequeños defectos que existen en las vías públicas y exijan la responsabilidad objetiva de la Administración Local).

En definitiva, resulta por desgracia un uso y costumbre, cuando menos en Cádiz (punto negro de la geografía española a tal respecto) que no exista accidente de circulación sin esguince cervical, pues la ciudadanía en general, y la juventud en particular, es sabedora que basta con acudir al Servicio de Urgencias alegando dolor en el cuello (los mas listos o reincidentes incluso refieren hormigueo en los brazos) para, seguidamente, tras recibir un parte donde se le diagnostica "esguince cervical", y serle colocado un collarín que se quitan nada mas doblar la esquina, ser remitidos (por el propio Médico, por su Letrado, por el celador, por el taxista, etc.) al correspondiente Centro Medico de carácter privado, lugar este donde, con claro ánimo de lucro, se mantiene al paciente todo el tiempo posible, pautándole unas sesiones de rehabilitación consistentes generalmente en media hora de calor en la zona afectada, rematado por un mínimo masaje. Obviamente, tan curiosa curación finaliza con un parte de Alta donde, como mínimo, se reflejará como secuela las algias cervicales o lumbares que inexorablemente referirá un paciente que ya piensa a esas alturas en el enriquecimiento injusto que va a obtener, no acompañándose tal secuela subjetiva del mas mínimo dato objetivo que la justifique en relación con el accidente.

Al respecto, un estudio realizado por los doctores Rodríguez Carrión y Estrade Jurado, relativo a la patología traumática por accidentes de tráfico en la provincia de Cádiz y realizado dentro de la diplomatura en Valoración Médica de Incapacidades, concluyó, tras estudiar un total de 589 fichas medicas correspondientes a otros tantos accidentes de tráfico ocurridos en dicha provincia durante el año 2011, que "la elevada desproporción entre la gravedad de las lesiones externas que aducen las víctimas del accidente y la de las lesiones internas hace pensar en la picaresca de exageración de los síntomas, que el accidentado deja visualizar en la mayor parte de los casos con el uso del collarín, con el fin de conseguir mayores indemnizaciones económicas". Tales

doctores vienen en definitiva a destacar que “médicamente es imposible que haya un porcentaje tan importante de accidentados que presentan lesiones cervicales y ninguna de otro tipo. Esto nos induce a pensar en el *cuponazo cervical*, como han bautizado alguno este tipo de lesiones”.

Igualmente significativa resulta la carta que el abogado de Murcia, acusado de estafar a las aseguradoras con falsos partes de accidentes, remitió a la Juez pidiendo una rebaja en la futura condena. Dicho abogado, sospechoso de liderar una trama dedicada a estafar a las compañías de seguro, realiza en tal carta una larga y detallada confesión de todos los hechos supuestamente delictivos en los que incurrió o colaboró, relatando que los accidentes de circulación que pasaron por sus manos o no ocurrieron o, si fueron reales, incluyeron a personas que no participaron o a lesionados inexistentes.

Y así, relata respecto a las lesiones que “por tratarse de accidentes por alcance, se alegaba la existencia de lesiones del tipo latigazo, que son propias de este tipo de accidentes y que resultan muy difíciles de comprobar por no dejar rastro en las radiografías. Tal Letrado admite que los informes realizados por dos Traumatólogos, también imputados, “incluyeron lesiones inexistentes o exageradas” e indica, respecto a las sesiones de rehabilitación, que “su número se fijaba arbitrariamente y...supongo que los clientes nunca asistieron a las mismas por ser las lesiones, en la mayoría de los casos, inexistentes”.

Finalmente, tras insistir en que para llevar la supuesta estafa adelante “y dar apariencia de veracidad a las reclamaciones”, fue imprescindible la colaboración de los Traumatólogos, quienes habrían emitido “informes inveraces y facturas irreales”, relata que el dinero obtenido de las aseguradoras se repartía de la siguiente forma: un 10% para el Abogado en concepto de honorarios, el importe de las falsas facturas emitidas era destinado a las clínicas (y a los Traumatólogos), y finalmente, los coimputados que buscaban los clientes se repartían el resto con sus “lesionados”.

Todo lo anterior, en definitiva supone una de las causas principales del aumento de las primas en las compañías aseguradoras, esto es, los miles de fraudulentos esguinces cervicales que han aparecido en los últimos años, gracias a la colaboración de los diferentes gremios, médicos y abogados incluidos, y a la generosidad de las resoluciones judiciales al respecto.

Por ello, recordando como punto de partida que “el esguince cervical simple es una lesión que se diagnostica por exclusión de cualquier otra ante la ausencia de métodos de diagnósticos objetivos” y que requiere de “una fuerza de aceleración o deceleración de cierta entidad como para poder desencadenar el resultado lesivo”, así como que “a

veces, las medidas terapéuticas y de rehabilitación no son objetivamente necesarias y el tratamiento de rehabilitación puede entenderse desproporcionado o innecesario” (los dos primeros entrecomillados corresponden a la Sentencia del Juzgado de Instrucción Numero Uno de Cádiz de fecha 3 de noviembre de 2008, y el tercero a la de la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Cádiz de fecha 12 de noviembre de 2008), debemos insistir día a día en interesar de los Juzgados, valientes decisiones que, en unión de otras que están comenzando a producirse, tales como la importantísima Sentencia dictada en fecha 13 de enero de 2012 por la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Cádiz, mediante la que se condena a un total de nueve personas como autores de un delito de estafa tras haber adoptado como modus vivendi la simulación de esguinces cervicales a partir de accidentes de carácter leve, o los Autos de 30 de diciembre de 2011, 19 de marzo de 2013, 1 de septiembre de 2013, 14 de enero de 2014, 28 de enero de 2014, 4 de febrero de 2014 o 17 de junio de 2014 de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Cádiz, mediante los que, incluso bajo la Excepción de Nulidad en los Autos de Ejecución de Títulos Judiciales, se rechaza la concesión de indemnización alguna cuando no se produce la relación de causalidad entre el accidente y los clásicos esguinces cervicales referidos, comience a poner fin al fraude cuasicolectivo que viene produciéndose a costa de los supuestos esguinces cervicales o lumbares, debiendo en consecuencia determinarse que no existe relación de causalidad entre las lesiones reclamadas y el siniestro correspondiente.

Por ejemplo, tal y como destaca el mencionado Auto Nº 172 de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Cádiz, de fecha 30 de diciembre de 2011, una cifra por daños materiales como la que nos ocupa es significativa de la mínima trascendencia que puede atribuirse al siniestro (en el caso enjuiciado por la Audiencia los daños ascendían a la cantidad de 602'27 Euros), pues debe tenerse en cuenta que, como resulta sobradamente conocido, hoy en día han desaparecido los chapistas que, a golpe de martillo y de fibra de vidrio, dejaban el coche en un estado similar, y actualmente lo que hay son “sustituidores de piezas”, esto es, ante cualquier anomalía, por muy pequeña que sea, se quita la pieza afectada y se coloca una nueva.

En igual sentido, la también mencionada Sentencia de la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Cádiz, de fecha 13 de enero de 2012, mediante la que se condena a un total de 9 personas por delitos de estafa al referir falsos esguinces cervicales, destaca que “el llamado esguince cervical o latigazo cervical se caracteriza por presentar una sintomatología de carácter subjetivo, dependiente de las simples manifestaciones del paciente (dolores cervicales, náuseas, mareos u hormigueos, básicamente) y que, ya en el campo de la medicina legal, la aplicación de protocolos para detectar una posible simulación por parte del paciente es de difícil y siempre inciertos resultados, de forma que no puede afirmarse que tales protocolos puedan considerarse

hoy en día fiables.”, resaltando seguidamente que “naturalmente que cuanto mayor es el impacto o la energía cinética que desencadena, mayores posibilidades hay de provocar un esguince cervical, pues este requiere cierta cinética en el movimiento del cuello”, y concluyendo que no cabe “sobredimensionar el natural celo de las aseguradoras, pues complejos estudios de biodinámica, informes de detectives privados o actuaciones análogas no serían razonables de forma sistemática para la detección de fraudes ante cualquier síntoma de alarma, que a al postre repercutiría en las primas de los asegurados, ni por lo mismo exigir en el ejercicio de la jurisdicción –el juez es, a la postre, el sujeto pasivo del error o engaño en este tipo de estafa– unas dosis de profesionalidad que vayan más allá del estado racional de las cosas”.

Adelantándonos nuevamente a las posibles réplicas respecto al dato objetivo existente en los informes médicos y consistente en la existencia de “contracturas”, truco este que se utiliza en informes pregrabados como los que nos ocupan al objeto de justificar la prolongada rehabilitación, debemos, volver a citar la mencionada Sentencia de la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Cádiz, la cual destaca que “aunque las contracturas son incontrolables y de cierta persistencia, también pueden obedecer a una multiplicidad de causas de origen no traumático como el propio estrés laboral, la ansiedad e, incluso, es sabido que está de ordinario vinculada a determinadas profesiones que obligan a mantener de forma prolongada una determinada posición de cuello o de cabeza”.

Dado que no son escasas las Sentencias que, con olvido del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, el cual establece que la carga de la prueba de la relación de causalidad corresponde a la parte actora, otorgan generosamente las indemnizaciones pretendidas por este tipo de lesionados, obviando el resto de las pruebas que puedan practicarse (Informes de Biomecánica, declaraciones de las partes involucradas y testigos en el Juicio, Periciales Médicas, daños en los vehículos, antecedentes similares en los lesionados, etc.) y con base tan solo en el parte de Urgencias (hasta el menos avisado sabe que resulta necesario acudir en las horas posteriores al Servicio de Urgencias refiriendo algias, vértigos o mareos), en el informe de plantilla del correspondiente centro privado (creado ex profeso para atender a este tipo de lesionados y donde, insistimos, se incumple que haya “lesionados y no lesiones”, pues todos tienen el mismo diagnóstico inicial, los mismos síntomas, la misma evolución, e idénticas secuelas) y, especialmente, en la existencia de un previo Informe Forense, debemos indicar, respecto a esto último, que no es menos cierto que tal facultativo ignora las verdaderas circunstancias en que el accidente se produjo, no pronunciándose expresamente respecto a si entiende que hay o no relación de causalidad entre tales lesiones y dicho siniestro, y limitándose a transcribir una mínima documentación médica respecto a la que, en principio, no tiene porque dudar.

Lo anterior resulta aún mas evidente si tenemos en cuenta que, como bien se quejaba otro Forense en una reciente Ponencia, tales lesionados acuden ya curados cuando son vistos en la consulta, por primera y única vez, transcurridos varios meses desde el siniestro y el Alta Médica (entre otros motivos, por apurarse la fecha de presentación de la denuncia y por la demora en la tramitación de la misma), no existiendo en Autos mas instrucción que la denuncia inicial y no constando en los mismos los daños que presentan ambos vehículos (en virtud del Convenio entre las aseguradoras, estos son solucionados en los días posteriores al siniestro, por lo que, cuando no se discute culpa, ya nadie aporta a las actuaciones unos daños que no son objeto de reclamación, y menos aún, nadie se los pide al causante). Y como culminaba con cierta gracia tal Forense, más aún si dicho Informe lo emite en virtud del correspondiente exhorto.

En resumen, resulta necesario, tal y como indicábamos en los párrafos anteriores, el dictado de Sentencias que vengan a poner fin a la idea extendida entre la sociedad (no es ajeno a ello y a tal "cultura" la proliferación de carteles publicitarios como aquel donde se puede observar a una joven con un collarín y sonriendo abiertamente mientras exhibe un puñado de billetes de 500 euros, refiriendo el texto de dicho anuncio la atractiva propuesta de que no se cobran honorarios si no se gana el juicio) respecto a que tener un pequeño accidente de circulación resulta ser una especie de suerte o lotería, pues lo contrario, y mas aún en tiempos de crisis, está dando lugar a un permanente enriquecimiento injusto, especialmente entre la juventud.

A modo de ejemplo de la concienciación de algunos Jueces en los últimos tiempos respecto al freno que ha de ponerse a esta situación, cabe citar Sentencias como la de 10 de abril de 2012 del Juzgado de Primera Instancia Número Tres de Jerez de la Frontera, donde el Magistrado, ante una reclamación de dos esguinces cervicales tras una colisión lateral o por raspado entre dos vehículos, resultando descolgado y dañado el espejo retrovisor del ocupado por los supuestos lesionados, y tras recordar que, aunque el artículo 1 de la L.R.C.S.C.V.M solo excluye la responsabilidad por culpa única del perjudicado o por fuerza mayor, ello no significa que tal precepto presuma a favor del perjudicado la realidad de tales lesiones ni la relación de causalidad de las mismas con el siniestro, extremos ambos que incumben ser probados por los perjudicados según la regla de juicio prevista en el artículo 217 de la LEC, expone las siguientes conclusiones:

- "Como hemos considerado en múltiples pronunciamientos sobre el denominado latigazo cervical, no constituye prueba suficiente del daño y del nexo causal con el siniestro la mera constancia de haber seguido un tratamiento médico por supuestas dolencias cervicales. En este punto, los Tribunales deben tomar las debidas prevenciones sobre los informes emitidos por facultativos y centros sanitarios

donde se prestan las asistencias sanitarias. Los informes emitidos por un centro sanitario solo constituyen una prueba ordinaria mas, sin que deba otorgársele una credibilidad incuestionable frente a otras. Si los centros sanitarios que prestan asistencias a los perjudicados por los accidentes de circulación tienen por objeto una actividad lucrativa, su participación en las fases previas a la reclamación que formulará el perjudicado no es casual ni circunstancial, pues el beneficio lucrativo del centro sanitario está vinculado directa o indirectamente con el interés del perjudicado, ante la necesidad de este en preconstituir una prueba documental que le sirva de soporte a su pretensión indemnizatoria. Por tanto, no nos cabe duda de que el interés económico del perjudicado es coincidente con el del centro sanitario, por lo que, los elementos de hecho que se describen en los documentos e informes médicos emitidos por tales centros deben ser valorados con cautela, debiendo ser contrastados con otros medios.”

Tal Magistrado expone a continuación que en el caso que le ocupa “ le resultan sustanciales dos extremos, cuales son la ausencia de daños materiales relevantes y las características de la colisión que en ningún caso explican la causación de lesiones cervicales”, reseñando finalmente porque le parece inconsistente la prueba documental médica para la acreditación del daño con las siguientes palabras:

“En los partes del servicio de urgencias de ambos perjudicados (doc. 3 y 5) en rigor solo se describieron las referencias de dolor y mareos manifestadas por los asistidos, sin ningún hallazgo objetivo en las pruebas diagnósticas (es reiterada la biografía medica que indica que la rectificación cervical no es prueba del origen traumático de la lesión). Siendo así, los hallazgos posteriores de contracturas y limitaciones articulares que se describen en los informes de la clínica Serman se nos antojan inexplicables tanto por los anteriores partes de urgencias, como por la morfología del accidente, revelando a nuestro juicio su artificialidad (ni siquiera tales documentos han sido ratificados por el facultativo emisor) para servir a la posterior reclamación judicial”.

En igual sentido, y destacando que es dictada con ocasión de un Procedimiento de Ejecución de Títulos Judiciales, cabe también mencionar la reciente Sentencia de 3 de septiembre de 2012 del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción Número Tres de El Puerto de Santa Maria, donde la Juzgadora comienza recordando que “como señala la SAP Madrid, Sección 20, de 4 de octubre de 2011, derivado el título que se pretende ejecutar de un accidente de circulación, el artículo 560 de la LEC, permite discutir la cuestión de fondo y por tanto, si las lesiones por las que se reclama tienen su origen directo en la acción que determinó la existencia del título a ejecutar”.

Con tal antecedente, se destaca igualmente que “la aplicación de dicha doctrina del riesgo como criterio para determinar la responsabilidad derivada de accidentes de circulación en el que resulte lesionado algún interviniente, requiere o presupone, la prueba efectiva del hecho generador de esa responsabilidad; es decir, la existencia del accidente, la intervención del vehículo asegurado en la ejecutada, resultado lesivo y la relación entre dicha intervención y resultado, extremos que corresponde acreditarlos al ejecutante, en cuanto hechos constitutivos de su pretensión respecto de los que sigue rigiendo el principio general sobre carga de la prueba regulado en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, sin que pueda exigirse a la contraria la prueba de un hecho negativo. Una vez acreditada esa intervención causal adecuada, es cuando, jugarán a favor del lesionado la atribución de responsabilidad por riesgo y la inversión de la carga de la prueba sobre la ejecutada”.

Finalmente, tras destacar la ya mencionada Sentencia de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Cádiz, de fecha 30 de diciembre de 2011 y transcribir parte de la misma, termina rechazando las pretensiones de la lesionada demandante, con base en diversos e importantes argumentos que se transcriben en los siguientes párrafos:

“Manifestó la Sra. Forense que la lesión consignada en dicho informe –cervicalgia– fue apreciada en base únicamente a la documentación aportada por la propia lesionada, que la resonancia magnética a la que se la sometió no mostraba hallazgos significativos y que en la exploración practicada a la lesionada no encontró nada, lo cual es posible si se trataba de un esguince cervical grado 1, en el cual la rehabilitación no es necesaria. Por tal motivo, la Sra. Forense consignó en su informe que las medidas facultativas recibidas por la lesionada no se consideraban objetivamente necesarias para la curación, si bien, pese a ello, recogió en su informe como días necesarios para la curación un total de 53 días, señalando en el testimonio prestado que para la consideración del alta médica tuvo en cuenta la fecha de la última sesión de rehabilitación. Recapitulando, se reclama indemnización básicamente por los 53 días que la lesionada tardó en curar de sus presuntas lesiones, días que únicamente son considerados como necesarios para la curación sobre la base de unas sesiones de rehabilitación que recibió la lesionada que, según la propia Forense no eran necesarios para la curación. Es decir, la lesionada recibió sesiones de rehabilitación de forma innecesaria, puesto que para la sanidad de sus lesiones no eran necesarias, y fue la prescripción de dichas lesiones la que determina, no ya la indemnización procedente sino la propia existencia de sus lesiones, puesto que no existen pruebas diagnósticas objetivas que corroboren tal lesión.

La experiencia diaria pone de relieve la existencia de un auténtico negocio por parte de dichas clínicas privadas y profesionales poco éticos que dispensan sesiones de rehabilitación que no son estrictamente necesarias, movidos por un exclusivo ánimo pecuniario, tanto en los profesionales sanitarios como en los particulares que ven aumentada así una futura indemnización. Por ello, el hecho de que la lesionada recibiera sesiones de rehabilitación no es indicativo de que la misma tuviera lesiones reales, como tampoco lo es el hecho de que fuera atendida inicialmente en el servicio de urgencias por simples referencias carentes de objetivación real.

Por otro lado, la mecánica de producción del siniestro – no discutida– y la levedad de los daños materiales de los vehículos –uno de ellos no sufrió daño alguno y el ocupado por la ejecutante tan solo un leve daño en el paragolpe que ni siquiera requirió su sustitución, siendo su coste real de 141´43 Euros, descartan que la colisión tuviera la intensidad necesaria para causar lesiones en los ocupantes del turismo, máxime ante la escasa prueba objetiva de la real existencia de tales lesiones”.

Por último, la Sentencia de 3 de mayo de 2012 del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción Numero Uno de Chiclana de la Frontera, opta por desestimar la reclamación de un esguince cervical con base en otro argumento distinto, cual es la inactividad procesal de la parte demandante, estableciendo lo siguiente:

- “Vista la controversia suscitada y la prueba practicada, es lo cierto que la demanda debe ser desestimada, por cuanto ninguna prueba se ha desplegado para acreditar la entidad del golpe, la cual se ha discutido, puesto que lo que para el actor es una colisión por alcance trasero, para la codemandada es un mero roce sin daños materiales algunos, no susceptible por sí mismo de producir las lesiones descritas en la demanda (relación de causalidad). Pues bien, ante esta disyuntiva, no existiendo testigos presenciales del accidente, ni parte amistoso, ni diligencias policiales practicadas siquiera a prevención, ni medición de huellas de frenada, ni documentos tipo factura o presupuesto que justifiquen la reparación de los daños materiales de uno u otro vehículo (y de los que pudiera desprenderse en su caso cierta virtualidad dañina del golpe), siendo que además el perito médico que concurre por la parte actora mantiene que “el valora pacientes”, como no podía ser de otra forma, al no tratarse de un Doctor especializado en valoraciones medido-legales del daño corporal, sino en traumatología y ortopedia, es procedente el dictado de Sentencia desestimatoria, de conformidad con los dictados de la carga de la prueba que establece el art. 217 de la LEC”.

¿Cómo responde la justicia? ¿Soluciones?

A partir de lo anterior, procede ahora reseñar las posibles estrategias de defensa, partiendo para ello de las escasas respuestas favorables de los Tribunales. Decimos escasas porque, salvo excepciones, hoy por hoy los Jueces tienden a darle la razón al lesionado, aunque no pocos piensen que pueden estar en presencia de un mas que posible engaño. Y así, no son pocos los Juzgadores que fuera de su hábitat, y con ocasión de salir el tema en cualquier barra de un bar, o en el descanso del partido del Cádiz, sacan a relucir el fenómeno del enriquecimiento injusto a costa de los falsos esguinces, dándole a uno toda la razón en sus argumentos ante lo que tienen que escuchar y sentenciar todos los días. Sin embargo, llegado el momento de sentarse ante el ordenador y redactar la Sentencia, se ven obligados a escribir lo contrario de lo que en realidad piensan sobre tal cuestión.

Comenzando por la vía penal, me gustaría hacer una mención especial a la valiente Sentencia dictada en su momento por la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Cádiz que, por su excepcionalidad, resulta hoy en día sobradamente conocida. Hay que tener en cuenta, como punto de partida, que en este caso no se Juzgaba un accidente aislado, sino un total de 13 accidentes en 20 meses, con 28 asistencias médicas en 9 miembros de la misma familia por esguinces cervicales o lesiones similares y donde cabe destacar los siguientes extremos o indicios, partiendo de que sólo se cruzaron los datos de 3 aseguradoras, por lo que el fraude podría ser mucho mayor que el analizado:

- Uno de los acusados tuvo 7 accidentes.
- Tres de ellos, de nombres iguales, por lo que hubo que poner especial interés en los D.N.I. tuvieron 3 accidentes en 10, 9 y 5 meses, y el resto de los imputados tuvieron al menos 2 accidentes.
- Hubo otros familiares que finalmente no fueron imputados o que fallecieron durante la instrucción.
- Todos ellos, en las 28 asistencias, refirieron siempre la misma lesión subjetiva, esto es, esguince cervical.
- Curiosamente, nunca resultaba dañada ninguna otra parte del cuerpo, no presentando nunca la más mínima contusión, erosión o arañazo de cuello para abajo o para arriba.

- Nunca resultaba lesionado ninguno de los conductores y ocupantes de los vehículos contra los que colisionaban, incluso en los casos en que impactaban al vehículo que les precedía, supuestos estos en los que “casualmente” resultaba siempre ileso el conductor del vehículo causante ocupado por los imputados.
- Pese al amplio parque móvil de la familia, dedicada a la venta ambulante, sólo aparecen tres vehículos involucrados en tales accidentes, especialmente un Seat León que debió terminar en peor estado que la grúa de la película Cars.
- Nunca viajaban solos. Los lesionados siempre ocupaban en grupo el vehículo afectado, y en no pocas ocasiones, los conductores contrarios juraban y perjuraban que el número de ocupantes era inferior al de lesionados que surgían a partir de tal accidente.
- Las mecánicas de los accidentes eran siempre similares, destacando la estrategia de situar el vehículo en las proximidades de algún estacionamiento en batería de una gran superficie y aprovechar la salida marcha atrás de un turismo para rozar con el mismo y echarle la culpa por no mirar.
- Por supuesto, siempre eran accidentes leves y con daños materiales mínimos o inexistentes.
- La sorpresa era general en los conductores de los otros vehículos cuando un tiempo después, tenían conocimiento de la existencia de varios lesionados.
- Contrataban para su defensa a distintos Letrados y llevaban el vehículo siniestrado a distintos talleres en cada ocasión.
- Y por último, todos negaban haber tenido accidentes anteriores o posteriores a los enjuiciados, pese a haber pruebas rotundas en contra de tal afirmación y demostrativas de su *modus vivendi*.

Dado que la anterior Sentencia, aunque importantísima, hoy en día continúa resultando excepcional, pues los Juzgadores ante reclamaciones injustificadas o fraudulentas, se limitan a dictar Sentencia Absolutoria en los antiguos Juicios de Faltas o desestimatorias en los Civiles, pero sin entrar en mayores profundidades respecto a posibles consecuencias penales, analizaré seguidamente como defendernos (con pocas posibilidades de éxito tarde o temprano, todo hay que decirlo) en estos casos:

A. Juicios de Faltas, aún en tramitación, que no resulten tipificados como delitos leves

La Disposición Transitoria Cuarta del nuevo Código Penal establece que si continuara la tramitación de tales procesos, el Juez limitará el contenido del Fallo al pronunciamiento sobre responsabilidades civiles, habiendo surgido una duda aún no resuelta por las Audiencias Provinciales, cual es si, para poder decretar tal responsabilidad civil, el correspondiente Juez debe decidir con carácter previo si los hechos eran constitutivos del ilícito penal, o si por el contrario, aun cuando entendiera que no se daba tal Falta, debe de pronunciarse de todos modos sobre la responsabilidad civil, habiéndose manifestado hasta la fecha la mayor parte de la Doctrina en apoyo de la primera tesis, esto es, la que mantiene que habrá que declarar como requisito previo la responsabilidad penal, aunque no se sancione por la existencia de un precepto posterior mas favorable, para que pueda entrar a examinarse la responsabilidad civil (ver encuesta jurídica de la revista Sepin en junio de 2015).

Por ello, partiendo de que la inmensa mayoría de los esguinces cervicales traen causa de colisiones por alcance y de que nadie pone en duda que tales lesiones se produzcan en impactos de gran envergadura (dicho exageradamente, nadie duda de un esguince cervical en el conductor del vehículo que, parado en una autopista o autovía, recibe un brutal impacto en su parte trasera por un vehículo a gran velocidad cuyo conductor sufre un despiste), procede, al menos para demorar el pago (y muchas veces, para una mejor transacción, dado que la vía Civil obliga al perjudicado a meterse en una importante dinámica de gastos, incluido el importe de las posibles Costas en caso de pérdida del Juicio), alegar, por un lado, la Jurisprudencia que, acudiendo a la anterior regulación general de las lesiones que recogía el artículo 147 del Código Penal en relación con el 621, exigía que el tratamiento médico a tales efectos había de ser requerido objetivamente y sin carácter sintomático o por referencias del paciente. Y por otro, aquella que viene igualmente estableciendo que las colisiones por alcance de carácter leve son ilícitos civiles, pudiéndose citar a modo de ejemplo, citando resoluciones de la Audiencia Provincial de Cádiz, la Sentencia de la Sala Primera de fecha 1 de septiembre de 2009, el Auto de la Sala Tercera de fecha 22 de abril de 2008, el Auto de la Sala Cuarta de fecha 8 de enero de 2008, o las Sentencias de esta última Sala de fechas 30 de septiembre de 2008, 14 de enero de 2009, 14 de abril de 2009, 27 de octubre de 2009 y 9 de noviembre de 2009, entre otras muchas.

Estas Sentencias, en resumidas cuentas, venían a indicar, adelantándose a la nueva regulación del Código Penal, que en virtud del principio de intervención mínima existente en la vía penal, no toda infracción de una norma de cuidado implicará automáticamente responsabilidad penal, siendo la vía civil la adecuada para el análisis

de los supuestos de culpa levisima como los son las colisiones por alcance de baja envergadura y por un simple despiste, quedando para la esfera penal exclusivamente los supuestos de culpa lata (imprudencia grave constitutiva de delito) y de culpa leve (imprudencia leve constitutiva de falta).

Es mas, si el Juez Penal acepta alguna de las dos posibilidades anteriores, cabrá incluso forzar un poco mas la situación y alegar, siguiendo el criterio de algunas Audiencias Provinciales, que no procede dictar el privilegiado Título Ejecutivo, interpretando de modo restrictivo la expresión “resolución que ponga fin definitivamente al procedimiento” (artículo 13 de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor) y reduciendo el dictado de tal Título a los supuestos en que efectivamente procedía la admisión a trámite del Juicio de Faltas, indicando tal jurisprudencia que “a pesar de la extensa literalidad del precepto, no pueden acogerse supuestos como el ahora planteado en el que el recurrente carecía de acción penal desde el inicio de las diligencias” [Sección Cuarta de la Audiencia Provincial de Cádiz, Autos de fechas 15 de enero de 2014 y 22 de junio de 2015, entre otros].

En igual sentido, cabe oponerse al dictado del Título Ejecutivo en una situación que se da con cierta frecuencia, cual es que, bien por escrito en los días previos a la celebración del Juicio de Faltas, o bien, con carácter previo al comienzo de la Vista de dicho Juicio, se manifieste por el denunciante a través de su Letrado que “renuncia a la acción penal con reserva de acciones civiles”. Pues bien, no es atípico que, pese a lo anterior, el mismo Letrado interese y el Juez dicte erróneamente el reiterado Título, olvidando el artículo 13 de la L.R.C.S.C.V.M., el cual, en su actual redacción y en tanto no entre en vigor la nueva L.R.C.S.C.V.M., establece literalmente que habrá lugar al dictado de dicho Auto, antes de acordar el archivo de la causa, “cuando en un proceso penal, incoado por hecho cubierto por el Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil derivada del uso y circulación de vehículos de motor, se declare la rebeldía del acusado, o recayere Sentencia absolutoria u otra resolución que le ponga fin, provisional o definitivamente, sin declaración de responsabilidad, si el perjudicado no hubiere renunciado a la acción civil ni la hubiere reservado para ejercitarla separadamente”.

Por lo tanto, no sería procedente en tal supuesto el dictar tal Auto de Cuantía Máxima, por cuanto el propio tenor literal del reiterado artículo 13 establece una excepción al dictado del mismo, cual es la analizada, esto es, la reserva expresa de las acciones civiles por parte del lesionado, por lo que dicho título, de dictarse finalmente, podría ser tildado de nulo en el posterior Ejecutivo.

B. Juicios Ejecutivos

Al igual que las relativas a los Juicios de Faltas que aún quedan en tramitación, las consideraciones posteriores tienen los días contados, toda vez que, como ya indicamos al comienzo de esta Ponencia, el futuro Título Ejecutivo sólo se dictará, bien en caso de fallecimiento de la víctima, o bien en caso de Sentencia Absolutoria tras haberse seguido los hechos como delito, ya sea por imprudencia grave o por imprudencia menos grave, pero en cualquier caso, no por cualquier lesión, y en concreto, por las que son objeto de estudio [esguinces cervicales y traumatismos leves a lo largo de la columna vertebral].

Dicho lo anterior y ante los Títulos Ejecutivos por este tipo de lesiones aún por ejecutar, conviene destacar que, conforme a reiterada Jurisprudencia, "nada impide que en el ámbito del Juicio Ejecutivo pueda exponerse la nulidad del mismo en los supuestos en que los resultados lesivos deriven clara e inequívocamente del comportamiento exclusivo de uno de los restantes conductores implicados", o cuando no resulte acreditada la relación de causalidad entre el supuesto resultado lesivo y el accidente cuestionado, es decir, en aquellos casos en que no haya "participado el vehículo asegurado en el desenlace del siniestro y no se observase relación de causalidad, admisible y válida en derecho, entre la circulación de dicho vehículo y los daños reclamados". (A.P. de Córdoba, Sentencia de 27 de octubre de 1994).

Por su interés, me permito transcribir el Auto mencionado con anterioridad de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Cádiz, de fecha 30 de diciembre de 2011, donde confirman lo anterior al reseñar lo siguiente:

"Frente al planteamiento de la aseguradora ejecutada, la Juez a quo analiza en su auto la viabilidad procesal de tomar en consideración la eventual falta de relación de causalidad entre el siniestro ya enjuiciado en vía penal y los daños personales que se reclaman en el trámite de oposición a la ejecución del título ejecutivo que nos ocupa, esto es, el auto dictado al amparo del art. 13 de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor por el Juzgado de Instrucción Nº 1 de Cádiz en fecha 15 de abril de 2010. Recordemos que la alegación se encauzó por la representación letrada de la aseguradora a través de la causa prevista en el art. 559.1.3º de la Ley de Enjuiciamiento Civil en tanto que el referido título no contenía los requisitos legales exigibles para llevar aparejada ejecución.

Entiende la citada juzgadora que el título se ha formado conforme a la normativa contenida en el referido art. 13 y que contiene las menciones formales precisas para constituirse en título ejecutivo a los efectos del art. 517.2.8º de la Ley de Enjuiciamiento

Civil, siendo así que el problema planteado ya quedó resuelto en la Sentencia dictada en el Juicio de Faltas precedente, al considerar que el Juez penal tomó en consideración los problemas que ya entonces afectaban al nexo causal, amén de que la aseguradora no compareció al trámite previsto en el tan citado art. 13 de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

Nada de ello, sin embargo, debe ser óbice a que la cuestión alegada deba ser adecuadamente valorada en éste trámite procesal. No lo es desde luego que exista un enjuiciamiento penal previo a la vista, dado que, desde la perspectiva del art. 116 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, no estamos ante un supuesto en que se hubiera declarado la inexistencia del hecho en vía penal, único de absoluta vinculación con lo previamente decidido por aquella jurisdicción. Ya en anteriores resoluciones, hemos venido indicando que ante eventualidades como la presente –desgraciadamente no infrecuentes–, incumbe lógicamente a la aseguradora poner de manifiesto las dudas que pudieran existir acerca de la irrealidad del siniestro y que en tal sentido quizás el motivo de oposición más adecuado fuera el contemplado en el art. 559.1.3º de la Ley de Enjuiciamiento Civil: La nulidad del auto que sirve de título de ejecución, que, a su vez, derivaría de la inconsistencia del hecho declarado aparentemente probado en la vía penal.

Es indudable que el auto se ha dictado bajo las premisas de hecho previstas en el tan citado art. 13 de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (sentencia absolutoria en causa penal, sin reserva o renuncia a las acciones civiles derivadas de daños sufridos, en hecho amparado por el seguro obligatorio) y que contiene las menciones formales allí exigidas (descripción del hecho, indicación de personas, vehículos y de las aseguradoras intervinientes y fijación de la cuantía máxima reclamable por cada perjudicado) siendo por ello que desde un punto de vista meramente formal el título reúne los requisitos precisos para integrar un título ejecutivo. No lo es menos que, partiendo de la libertad de criterio de la que han de disponer los órganos de la jurisdicción civil para apreciar la real existencia del siniestro –y ello bajo los parámetros de análisis que le son propios– y de la ausencia de vinculación con el criterio dimanante de la resolución penal absolutoria sobre tal extremo, debe resultar posible un nuevo enjuiciamiento sobre el mismo. Dicho de otro modo, la circunstancia de estar formalmente bien constituido el título no puede impedir que se analicen las bases materiales sobre las que el mismo se asienta. En tal sentido, le será dable analizar a la jurisdicción civil si el título presentado a ejecución reúne los requisitos legales precisos para llevarla aparejada por la vía que abre el citado art. 559.1.3º del texto procesal. De no haber resultado daño para los eventuales perjudicados resultaría lógicamente absurdo dar continuidad a una ejecución que no responde a hechos que no lo hubieran generado”.

Ahora bien, la misma Sección advierte en otro reciente Auto de fecha 12 de marzo de 2012 que como tal nulidad sólo cabe incardinarla a través de su Oposición por motivos formales, puede ocurrir que el Juzgador, con base en los artículos 559 y 560 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, no considere necesaria la celebración de vista y la práctica de nuevas pruebas, resolviendo sin más trámites la oposición planteada, por lo que con vendrá aportar todas las máximas pruebas posibles con el inicial escrito de Oposición a la Ejecución.

Por cierto, esta misma Sección, en Sentencia de fecha 3 de julio de 2012, en un caso en el que surgen dudas respecto a la relación de causalidad entre las lesiones reclamadas por las dos Demandantes y la colisión por alcance de escasa entidad referida por las mismas, opta, tras admitir finalmente que si pudieran haberse causado y pese a haber establecido el Pprito un total de 117 días de curación y 2 Puntos de secuelas para cada una de las mismas, por considerar un máximo de 45 días de curación o estabilización para cada lesionada, sin otorgarle secuela alguna, "por ser lo usual establecido" en este tipo de lesiones.

C. Juicios Ordinarios o Verbales

Finalmente, no sin olvidar que en muchas ocasiones y con base en una errónea interpretación del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (corresponde al actor la carga de probar la certeza de los hechos), se exige a la aseguradora demandada una prueba diabólica respecto a la inexistencia de relación de causalidad (si no sirve el Informe de Biomecánica, ni la Pericial Médica, ni el importe de los daños, ni la testifical del conductor causante o de las personas presentes en el lugar de los hechos, ni lo antecedentes similares de quien no es la primera vez que reclama, ni la edad o complexión física del mismo, ni la ausencia de datos médicos objetivos, ¿será necesario para poder desestimar una reclamación de este tipo que la aseguradora tenga la suerte de que el accidente haya sido gravado por una cámara y pueda incluso observarse que el demandante no viajaba en el interior del vehículo?), me permito unos consejos, tanto en general, como en estos procedimientos que hasta ahora eran frecuentes en aquellos lugares donde los habituales Letrados de lesionados detectaban que los Forenses aplicaban criterios rigurosos o disponían ya de base de datos que permitían conocer los posibles accidentes anteriores con lesiones similares de las personas a examinar, y que, tras la reforma del Código Penal y la desaparición del Juicio Ejecutivo, serán norma general (normalmente, dada la cuantía en juego, por vía del Juicio Verbal):

Los Jueces son de letras. Con excesiva frecuencia, nos encontramos con informes periciales que, al objeto de llegar a la conclusión de que las lesiones no se han podido producir en el accidente cuestionado, se apoyan básicamente en páginas y páginas de complejas fórmulas matemáticas, ilegibles para el Letrado que tiene que defenderlas y muy especialmente, para el Juzgador que, presuntamente, ha de examinarlo “según reglas de la sana crítica” (esto es, conforme a lo que viene siendo definido por el Tribunal Supremo como “las más elementales directrices de la lógica humana”, “normas racionales”, “sentido común”, “normas de la lógica elemental o reglas comunes de la experiencia humana”, “criterio humano”, “razonamiento lógico” o “raciocinio humano”, entre otras) y sin obligación de asumir las conclusiones del mismo.

Por ello, se aconseja más práctico que, a modo de ejemplo, tales informes fueses acompañados del correspondiente soporte informático donde, partiendo de reconstrucciones con varias colisiones a distintas velocidades, se apreciaran los daños causados tras las mismas, si es que se producen, y la intensidad del latigazo cervical o movimiento de aceleración y desaceleración en los ocupantes del vehículo que recibe el impacto.

En definitiva, tanto respecto a las periciales médicas como respecto a los Informes de reconstrucción o de biomecánica, se aconseja que la persona que los emita tenga muy claro que van dirigidos a personas que no dominan los términos médicos o las fórmulas físicas o matemáticas, debiendo hacer un esfuerzo, tanto en la redacción inicial como en la posterior exposición, por utilizar un lenguaje simple, comprensible y concluyente.

A una cierta edad, todo el mundo tiene achaques. Contra el vicio de pedir, está la virtud de no dar. Pero, como punto de partida, resulta aconsejable que, desde un primer momento, y como prueba documental anticipada (si el Juez la deniega por no ser el momento, se vuelve a interesar en la Audiencia Previa o en la Vista, según se trate de un Juicio Ordinario o de un Juicio Verbal, respectivamente), especialmente en los casos de lesionados con una cierta edad, se soliciten los historiales clínicos de los hospitales de la zona respecto al lesionado cuestionado, concretándolos en su caso a las asistencias recibidas en los Servicios de Urgencias, Traumatología y Rehabilitación, al objeto de no vulnerar la intimidad del paciente y evitar la remisión de datos médicos ajenos a la cuestión objeto de debate.

Tal petición, que puede igualmente hacerse en los Juicios de Faltas desde que se tiene conocimiento del mismo (insisto, cuestión distinta es el criterio de cada Juez al respecto), hay que resaltar que se hace por vía Judicial ante la protección de los derechos del paciente regulada en diversas leyes (Ley General de Sanidad, Ley de Derechos

Básicos del Paciente, Ley sobre el Consentimiento Informado y el Derecho a la obtención de la historia clínica, etc.) que impiden su consecución por otras vías distintas de la petición del propio enfermo o la resolución Judicial.

Finalmente, un último consejo. Salvo que deduzcamos que el demandante es proclive a “meter la pata”, no se aconseja pedir el interrogatorio de parte, pues supone darle la oportunidad de que, una vez que eluda nuestras preguntas, debidamente instruido se luzca con las de su Letrado, causando buena impresión al Juzgador.

Termino estos comentarios volviendo al principio. No se trata ni por asomo de intentar ver a un presunto estafador detrás de cada esguince cervical. El dolor cervical es al automóvil lo que el dolor lumbar es para el mundo del trabajo, las lesiones cervicales son mas probables en la actualidad que hace unos años debido a la mejora del diseño de los vehículos (alguien dijo con gran ingenio que si la arruga es bella en el vestir, la deformación es buena en los vehículos), los parachoques puede estar pensados para que en las colisiones a baja intensidad la reparación sea mínima o no haya deformaciones visibles, el cinturón de seguridad puede ser un factor de riesgo para tal lesión, o la estadística demuestra que este fenómeno se da igual en cualquier otro país y que la mayoría de las indemnizaciones a la víctima de accidentes de tráfico en España y en el resto de países, traen causa de esta lesión, pero todo ello, siendo cierto, no puede servir de excusa ni amparar el fraude que se viene produciendo en múltiples ocasiones a costa del *cuponazo cervical*. Que no paguen justos por pecadores es el común objetivo que deberíamos marcarnos todos.

MESA 4

**ASPECTOS MÉDICO-PRÁCTICOS
EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO
CORPORAL**

12. DIFICULTADES PRÁCTICAS PARA ESTABLECER LA ESTABILIZACIÓN LESIONAL

José Sáez Rodríguez

Director del Instituto de Medicina Legal de Córdoba

Establecer el momento en que se produce la estabilización en la evolución de las lesiones es una de las decisiones más importantes que tiene que tomar el médico que efectúa el seguimiento a un lesionado y al que se le ha encomendado la valoración del daño corporal sufrido (1).

En la práctica diaria varias son las dificultades que tenemos los médicos forenses, y los médicos valoradores en general, a la hora de establecer el momento en que se produce la estabilización de las lesiones y que pueden ser achacables a múltiples motivos.

A) La primera dificultad la encontramos en el propio concepto que manejamos. La estabilización es un concepto médico-legal y no clínico ni asistencial y se fija atendiendo a los criterios de todos conocidos (2) como la finalización del tratamiento activo curativo –y su distinción con el tratamiento paliativo– (3), el estancamiento en la evolución de las lesiones, la reincorporación a la vida laboral, la readaptación al nuevo estado de discapacidad y, con las salvedades correspondientes, los tiempos medios desde el punto de vista estadístico (4, 5 y 6).

Ahora bien, el lesionado no se estabiliza de una día para otro. Todos los que trabajamos en esto sabemos muy bien que es algo que se alcanza de forma progresiva, pero nosotros tenemos que fijar un momento, un día concreto. Evidentemente eso es una dificultad y puede ser motivo de controversia pericial y legal.

No obstante, a mi entender, este problema es fácilmente salvable con la preparación y formación del perito médico, con una buena exploración y con el adecuado conocimiento de todo el proceso curativo que está llevando el lesionado.

- B) Otro elemento que dificulta decidir cuándo se produce la estabilización en la evolución de las lesiones es, curiosamente, los tratamientos aplicados en Instituciones sanitarias que tienen firmados convenios con Unespa para atender a los lesionados en accidente de tráfico. Esto ocurre cuando se produce la valoración del lesionado mucho tiempo después de haberse producido las lesiones y ya ha terminado el período de recuperación. En algunos casos nos encontramos con que se ha atendido al lesionado por un tiempo muy superior al que recogen los tiempos medios de curación para este tipo de lesiones. Cabría preguntarse pues ¿hasta qué punto la aplicación de los módulos terapéuticos influyen en la decisión acerca de cuándo se alcanza la estabilización lesional?
- C) El desconocimiento del concepto de estabilización lesional, tanto por parte del lesionado como de algunos operadores jurídicos, supone también un factor de complicación. En numerosas ocasiones tenemos que realizar informes complementarios, incluso asistir al acto del juicio oral, para tratar de aclarar el concepto y justificarlo.

No es infrecuente que, una vez establecida la estabilización lesional, el afectado se vea sometido a nuevos tratamientos farmacológicos, quirúrgicos o rehabilitadores (7). El criterio del lesionado, y la mayoría de las veces de su abogado, es que el tiempo durante el que se aplican estos tratamientos debería de ser incluido en el período de recuperación lesional, aunque no hayan sido efectivos. Ignoran, o quieren ignorar, que dichas terapias no tienen ya una finalidad curativa, sino que su objetivo sería paliar las secuelas que ya están establecidas.

De hecho, ya solemos poner de forma sistemática en los informes, que las medidas farmacológicas, quirúrgica o rehabilitadoras que se tomen con posterioridad tendrán exclusivamente una finalidad paliativa y no terapéutica por lo que no modifican el momento de la estabilización lesional.

- D) Pero el principal inconveniente con el que nos encontramos, a mi modesto entender, es la falta de colaboración o mejor dicho la escasa lealtad que algunos lesionados muestran durante todo el proceso evolutivo. Ahí es donde me quiero detener hoy y donde quiero centrar mi aportación.

Es cierto que no hay que generalizar, que toda generalización es injusta. Pero lo mismo de injusto, y de alejado de la realidad, es pretender ignorar este hecho. Cuando doy clases en la Escuela de Práctica Jurídica de Córdoba les digo a los futuros abogados que los lesionados se pueden clasificar en tres grupos:

- Los que cuentan la verdad por encima de todo, grupo minoritario como de todos es conocido.
- Los que exageran. Es el grupo mayoritario y hasta cierto punto es comprensible dadas las cifras que se manejan en valoración del daño. Tampoco supondrían un gran problema para un valorador experto y formado ya que tras un primer intento de exageración, suelen aceptar adecuadamente los criterios del médico.
- El tercer grupo es el peor, minoritario también, pero con mala fe. Con falta de lealtad. Los que mienten, los que ocultan documentación, los que falsifican la documentación. En definitiva los que nos toman por tontos. Todos hemos tenido experiencias en este tipo de casos y sabemos a los que me refiero.

Esta falta de lealtad se traduce en múltiples formas y son variadas las maneras en las que nos llegan y que podemos sintetizar de la siguiente manera:

Instrucciones precisas del abogado para que haga todo lo posible por prolongar el período de recuperación

Yo creo que todos los aquí presentes estaríamos de acuerdo en afirmar que cuando un lesionado viene a nuestra consulta está aleccionado por su letrado en mayor o menor medida. Lo que ocurre es que esa información normalmente es verbal y no deja huellas. A veces sin embargo se comete la imprudencia de dejarlo por escrito, y puede suceder que llegue a nosotros. Es lo que ocurrió en el caso que me permito exponer a continuación y en el que un lesionado, con toda su buena fe, a la hora de pedirle toda la documentación que tuviese sobre las lesiones sufridas en el accidente, deslizó un documento de instrucciones que le había dado su abogado en el que se dice textualmente: *“... necesitas un informe que diga que aún continuas en rehabilitación, porque nuestro objetivo es que el médico forense te de más citas con él..., más citas, más días de baja médica lo que se traduce en más dinero”*¹.

Negar el estado anterior

Es quizás lo más habitual. Minimizar los antecedentes. A la pregunta *¿como se encontraba usted antes del accidente?* la respuesta más frecuente es *“perfectamente”*. Niegan haber tenido accidentes previos, o si lo reconocen es restándole importancia;

¹ Ver el documento completo en el Anexo I.

por muy graves hallazgos radiológicos artrósicos que encontremos, jamás dolían antes del accidente. Se trata de aparentar un estadio previo excelente tratando de achacar todo lo que tienen actualmente al accidente sufrido.

Negar que se haya producido una incidencia en la evolución de las lesiones

No es la primera vez que ocurre que en el proceso evolutivo de las lesiones se produce una incidencia, por ejemplo un nuevo accidente de tráfico que es ocultado al médico valorador con el fin de atribuir la nueva sintomatología al accidente antiguo y prolongar el período de recuperación, retrasar la estabilización lesional e incrementar las secuelas.

Todos hemos tenido casos en los que el lesionado, bien *de motu proprio* o aconsejado por alguien, oculta que ha tenido un nuevo accidente o cualquier otra incidencia y atribuye toda la sintomatología a un empeoramiento en la evolución de las lesiones del primer accidente.

Ahora bien recientemente hemos tenido un caso que supone un salto cualitativo importante en esta modalidad de ocultación y que considero conveniente traer a su consideración por lo curioso, lo preparado y lo novedoso del caso.

Se trata de una señora de mediana edad que sufre un accidente de tráfico el día 6 de junio de 2013. Refería una colisión por alcance estando parada en un semáforo. Acude ese mismo día a un servicio de urgencias. En la exploración clínica se apreció una contractura de musculatura cervical y en la radiografía se observó una rectificación de columna cervical. Se diagnosticó "contractura muscular cervical".

Fue citada a la consulta médico forense el día 3 de octubre de 2013 donde acudió aportando la siguiente documentación:

- Informe de asistencia en urgencias con la descripción de las lesiones y terapia antes vista.
- Petición de consulta especializada por parte de su médico de atención primaria fechado el día 26 de septiembre. En el apartado correspondiente a la historia de salud se describe el accidente del día 6 de junio. El estado en el que se encontraba el día 11 de junio y que fue asistida en el servicio de urgencias del HURS (Hospital Universitario Reina Sofía" los días 27 de agosto y 4 de septiembre de 2013 por persistencia de la sintomatología.

- Informe de un gabinete de rehabilitación fechado el día 2 de octubre en el que se afirma que está haciendo rehabilitación desde el día 11 de septiembre.

Con todos estos elementos se emitió informe de Sanidad por estabilización lesional con 25 días no impeditivos, 15 impeditivos y un síndrome postraumático cervical como secuela valorado en 1 punto.

El día 8 de enero del año siguiente es citada nuevamente, por otro Juzgado y procedimiento en el Instituto de Medicina Legal. En la entrevista refería haber tenido un accidente de tráfico el día 30 de junio de 2013. Según describe se encontraba aparcada y al salir del vehículo fue atrapada entre la puerta y el interior del coche por otro que circulaba marcha atrás. Aportó la siguiente documentación:

- Informe de asistencia en urgencias de fecha 30 de junio de 2013, donde se dice "paciente que refiere que hace 2 horas sufrió un accidente de tráfico con traumatismo a nivel de región maxilar superior derecha y en pierna izquierda, refiere además dolor a nivel de columna cervical. En el apartado AP se consigna: No patologías de interés.
- Hoja de seguimiento de consulta fechado el día 3 de diciembre en la que se describe la asistencia en urgencias del día 30 de junio, así como las consultas en urgencias de los días 27 de agosto y 4 de septiembre de 2013 por persistencia de la sintomatología.
- Informe del mismo gabinete de rehabilitación fechado el día 12 de noviembre en el que se informa que ha realizado ejercicios de rehabilitación entre los días 11 de septiembre y 28 de octubre.

Como puede verse cuando la lesionada acude a la exploración médico forense correspondiente al primer accidente oculta toda la documentación médica que hacía referencia al segundo de los accidentes (ocurrido 24 días después). Cuando acudió a ser valorada por el segundo accidente intentó ocultar el primer accidente ya que se había elegido cuidadosamente toda la documentación y no se aportó ningún informe que hiciese referencia al primero de los sufridos. Dicho intento no tuvo éxito porque en los archivos del IML quedó constancia de toda la documentación del primer accidente.

Es muy llamativo, y nos hace pensar en la premeditación con que todo se produjo desde el principio, que en la documentación aportada para cada uno de los accidentes no hay ninguna referencia al otro, ni en el primero del segundo, ni en el segundo del primero. Hay que tener en cuenta que cuando se acude al servicio de urgencias por

el segundo de los accidentes no hay referencia ninguna al accidente sufrido 24 días antes.

Pero lo más curioso y novedoso de todo es que no se presentó la denuncia penal del segundo accidente hasta no haber sido indemnizada del primer accidente mediante acuerdo con la compañía basada en el informe médico-forense.

Poca lealtad de los facultativos

A veces nos encontramos informes de médicos que no se ajustan totalmente a la realidad, siendo difícil pensar que se deban a errores puntuales y que no tengan su origen en motivaciones espurias. Me estoy refiriendo a informes emitidos por médicos, la mayoría en el ámbito privado, muchas veces por especialistas que hace más complicado el discrepar con ellos.

Por poner un ejemplo traigo a colación el caso de un informe aportado por un lesionado en el que un reconocido especialista en traumatología oculta la existencia de una patología degenerativa previa de carácter importante, llegando a afirmar que una hernia discal visualizada en una resonancia magnética era la responsable de toda la sintomatología que presentaba la lesionada e insinuando que era consecuencia de un accidente de tráfico.

Cuando se le pidió a la lesionada que aportase el informe de la resonancia magnética comprobamos que hay una importante patología degenerativa, no achacable en modo alguno al accidente, y que fue ocultada en el informe del traumatólogo²:

- Deshidratación cervical C2-C3.
- Discopatías desde el espacio C3-C4 al C6-C7.
- Hernia de disco postero-medial C3-C4.
- Protusión discal posterior C4-C5.
- Hernia de disco postero-medial C5-C6.

² En el Anexo II se puede ver el informe del especialista y en el Anexo III el informe de resonancia magnética.

Falsificaciones

Pero lo más grave de todo lo que nosotros nos hemos encontrado en la práctica diaria es falsificar y alterar los informes médicos que se nos aportaban por parte de los lesionados. De hecho hemos encontrado dos casos de los que se le ha dado traslado al Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de falsificación en documento público.

En el primero de ellos, de una manera muy bien conseguida, se introduce un cambio que tiene una gran trascendencia porque trata de ocultar un traumatismo previo que había sufrido en la rodilla izquierda con el fin de atribuir toda la patología de la rodilla al accidente por el que estaba siendo evaluado. Al Instituto de Medicina Legal se aportó una petición de resonancia magnética que en el apartado "Información Clínica" se describía lo siguiente: *"Traumatismo rodilla izquierda. Dolor rodilla. Limitación movilidad. Descartar patología quirúrgica"*. Como quiera que estas lesiones difícilmente eran compatibles con el accidente sufrido que era una colisión por alcance, el médico forense encargado del caso pidió la historia clínica completa del lesionado. Cual no sería la sorpresa al encontrarse en el mismo informe la siguiente descripción en el apartado correspondiente a la información clínica: *"Traumatismo hace años rodilla izquierda. Dolor rodilla. Limitación movilidad. Descartar patología quirúrgica"*. Como vemos, eliminando sólo dos palabras –hace años– se trata de ocultar un estado anterior y achacar la patología que tenía en la rodilla a un accidente de tráfico.

El segundo de los casos, en lugar de suprimir un apartado en los antecedentes lo que se hizo fue añadir unas lesiones en el informe de asistencia en urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y en el del informe del equipo de emergencias del SAMUR. En el primero se añadió la siguiente frase al informe original: *"abrasiones en MID, deformidad y dolor IFP 5º dedo MSD"*. En el informe del SAMUR se han producido modificaciones en el esquema corporal añadiendo dolor y deformidad en el plano anterior del miembro superior derecho³.

Para ir terminando, me atrevería a realizar unas recomendaciones que pudieran ser útiles para solventar estos problemas que acabamos de describir y con los que en algunas ocasiones nos encontramos.

Como más importante es que no se puede generalizar, no podemos estar manejándonos con criterios únicos, sino que hay que estudiar siempre caso por caso.

³ Ver todos los informes en el Anexo IV.

Indudablemente hay que historiar adecuadamente al lesionado, aún a riesgo de ser prolijo, y analizar detenidamente toda la documentación que se nos presenta.

Ninguno de los lesionados que vemos tiene presunción de veracidad, pero tampoco la tienen de mentir. No se trata de creer o no creer al lesionado, nuestra función es valorar, objetivar, analizar e informar según nuestro leal criterio.

Muchas gracias por su atención

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Laborda Calvo E. Estabilización lesional. Días de ingreso hospitalario. Días de impedimento. Días sin impedimento.
www.aeds.org/XIXCongreso/docs/Eugenio%20Laborda%20Calvo.pdf
- 2) Vega Vega C, Bañón González RM. Criterios de estabilización lesional en la valoración del daño corporal. Rev Esp Med Legal. 2012; 38 (1): 36-38.
- 3) Hernández Cueto C. Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y valoración de lesionados. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001
- 4) Secretaría de Estado de la Seguridad Social. INSS. Tiempos estándar de incapacidad temporal.
<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>
- 5) Aso Escario J, Cobo Plana JA. Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la Ley 34/2003. 3ª Ed. Barcelona: Masson; 2006.
- 6) Hinojal Fonseca R. Daño corporal: fundamentos y métodos de valoración médica. Oviedo: Arcano Medicina; 1996
- 7) Menéndez de Lucas JA. La estabilización lesional desde la perspectiva del médico forense.
<http://www.aeds.org/XIXCongreso/docs/Jose%20Antonio%20Menendez%20de%20Lucas.pdf>

ANEXO I

CITA MÉDICO FORENSE

LA CITA CON EL MÉDICO FORENSE LA TIENES EL DÍA 12 DE MARZO (EL LUNES QUE VIENE) A LAS 12.45 H.

PARA ELLO NECESITO QUE TRAIGAS TODOS, ABSOLUTAMENTE TODOS LOS INFORMES MÉDICOS QUE TENGAS HASTA EL MOMENTO. YO SOLO TENGO LOS QUE TE COMENTÉ ESTA MAÑANA, LOS DEMÁS LOS TIENES QUE PEDIR AL CENTRO MÉDICO DONDE DAS LA REHABILITACIÓN, QUIZÁS ELLOS TE DIGAN QUE DEBES PRESENTAR UN ESCRITO. SI ES ASÍ DÍMELO Y LO PREPARO, AUNQUE ÚLTIMAMENTE NO SUELEN PEDIRLO. PIDE LA RESONANCIA. Y NECESITAS UN INFORME QUE DIGA QUE AÚN CONTINUAS EN REHABILITACIÓN, PORQUE NUESTRO OBJETIVO ES QUE EL MÉDICO FORENSE TE DÉ MÁS CITAS CON ÉL..., MÁS CITAS, MÁS DÍAS DE BAJA MÉDICA, LO QUE SE TRADUCE EN MÁS DINERO.

YO TE ACOMPAÑARÉ, ES EN LA PLAZA NIÑA. HAY QUE SER PUNTUAL.

NO OLVIDES QUE SI ALGO TE DUELE TIENES QUE DECIRLO, ERES MUY JOVEN PARA QUEDARTE LISIADO.

ANEXO II

TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

DATOS PERSONALES: Paciente de 43 años de edad, casada, domiciliada en Adamuz (Córdoba) en [REDACTED] y de profesión peluquera.

ANTECEDENTES CLÍNICOS: Hernia discal L5-S1. Faringitis crónica. Insuficiencia circulatoria periférica con varices esclerosadas. Asma bronquial.

ENFERMEDAD ACTUAL: Refiere la paciente que el pasado 13.12.05, sufre accidente de tráfico al ser golpeada en el automóvil en el que viajaba por otro automóvil. Desde entonces presenta un cuadro de dolor cervicodorsal con irradiación radicular a brazo izquierdo que se acompaña de parestesias en dicho miembro con cierto grado de limitación de movimientos y la imposibilidad de mantener los brazos en alto durante tiempo prolongado, actitud esta imprescindible para su trabajo como peluquera. Realizada resonancia magnética se demuestra la existencia de una discreta escoliosis junto con una hernia discal C5-C6 lateralizada a la izquierda y que es la responsable del cuadro clínico de la paciente.

Se aconseja tratamiento en centro de rehabilitación con electro y fisioterapia así como el uso en determinados momentos de collarín cervical blando y como tratamiento farmacológico la toma de Lyrica 75 dos comprimidos al día. Si terminado el tratamiento no se consiguiera la remisión de los síntomas debería ser revisada por neurocirujano para valoración de tratamiento quirúrgico.

[REDACTED]

ANEXO III

	<p>Radcor, S.L. Centro: Paseo de la Victoria s/n (Hospital Cruz Roja) Avda. Doctor Fleming, 15 Bajo Local CORDOBA Telf: 957 20 41 00 / 957 20 41 05 Fax: 957 20 38 00</p>
	<p>Edad: 42 Sexo: M Centro: S. A. S.</p>
<p>INFORME:</p>	
<p>RM DE COLUMNA CERVICAL - *****</p>	
<p>Exploración realizada en cortes sagitales, secuencias potenciadas en T1y FSE, en cortes axiales, secuencia potenciada en T2 y Mielo-RM - Lordosis conservada - Leve actitud escoliótica de convexidad izquierda - Correcta alineación vertebral, siendo los cuerpos vertebrales de morfología normal - Amígdalas cerebelosas en situación normal - Médula cervical, de tamaño y morfología normal, sin alteraciones de señal - Deshidratación discal, C2-C3 - Discopatías desde el espacio C3-C4 al C6-C7 - Hernia de disco postero-medial, C3-C4 - Protrusión discal posterior, C4-C5 - Hernia de disco postero-medial, C5-C6, algo mas llamativa en la parte izquierda del canal - Sin otros hallazgos - Valorar con clínica -</p>	
<p>Un Saludo</p>	

ANEXO IV

 Servicio médico de radiología
COMPLECIÓN DE DATOS

Hospital Universitario de La Rioja, S.A.

Servicio de Radiodiagnóstico

Apellido: [REDACTED]
Nombre: [REDACTED]
Nº de historia: 1401414307 (P)
Fecha de nacimiento: 13/05/1983 Sexo: VVARON
Examen solicitado por:
Código:

Exploración(s) realizada(s):
RESONANCIA DE RODILLA
Escala SI:
Fecha última exploración: 25/04/2022

INFORMACIÓN CLÍNICA
**Indicaciones sobre el estudio. Describir estudio. Limitaciones técnicas.
Describir patología quirúrgica.

INFORME RADIOLOGICO

RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA USTRERA

Avanceamiento completo de la apófisis tibial anterior con interrupción del tendón rotuliano en posición normal, con persistencia de un fragmento libre anterior del tendón rotuliano insertado en la tibia. Rotura en asa de todo el menisco externo.
Condromatosis rotuliana con lesiones osteocondrales en la porción más lateral del sistema de ligamento del cartilago rotuliano. Rotura rotuliana y alta masa articular anterior en el cuerno posterior del menisco interno. Artrosis femoral patelar con lesiones osteocondrales avanzadas y granitosis avanzada dentro de límites. Aumento de líquido articular.

Firmado: [REDACTED]

INFORME VALIDADO ELECTRONICAMENTE

 Servicio médico de radiología
COMPLECIÓN DE DATOS

Hospital Universitario de La Rioja, S.A.

Servicio de Radiodiagnóstico

Apellido: [REDACTED]
Nombre: [REDACTED]
Nº de historia: 1401414307 (P)
Fecha de nacimiento: 13/05/1983 Sexo: VVARON
Examen solicitado por:
Código:

Exploración(s) realizada(s):
RESONANCIA DE RODILLA
Escala SI:
Fecha última exploración: 25/04/2022

INFORMACIÓN CLÍNICA
**Indicaciones sobre el estudio. Describir estudio. Limitaciones técnicas.
Describir patología quirúrgica.

INFORME RADIOLOGICO

RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA USTRERA

Avanceamiento completo de la apófisis tibial anterior con interrupción del tendón rotuliano en posición normal, con persistencia de un fragmento libre anterior del tendón rotuliano insertado en la tibia. Rotura en asa de todo el menisco externo.
Condromatosis rotuliana con lesiones osteocondrales en la porción más lateral del sistema de ligamento del cartilago rotuliano. Rotura rotuliana y alta masa articular anterior en el cuerno posterior del menisco interno. Artrosis femoral patelar con lesiones osteocondrales avanzadas y granitosis avanzada dentro de límites. Aumento de líquido articular.

Firmado: [REDACTED]

INFORME VALIDADO ELECTRONICAMENTE

13. EL AMPUTADO, NECESIDADES FUTURAS

Almudena Crespo Fresno

Médico Adjunto de la Unidad de Prótesis.
Servicio de Rehabilitación del Hospital Vall d'Hebron

1. INTRODUCCIÓN

La causa más frecuente de amputación de la extremidad inferior es, valorada de forma global en todas las franjas etarias, la secundaria a patología médica, en el contexto de la vasculopatía periférica isquemizante que acontece en los pacientes diabéticos y generalmente de edad avanzada. El nivel de amputación más frecuentemente requerido por esta causa es el de amputación de dedos o transmetatarsiana, aunque no es infrecuente que se produzcan amputaciones seriadas de la extremidad inferior, cuya máxima expresión puede acabar siendo el nivel de amputación transfemorales, coexistiendo en ocasiones con amputaciones en la extremidad contralateral. Las amputaciones con nivel transtibial y proximales a este, tienen una repercusión funcional muy importante en este perfil de pacientes, ya que afecta a una población de edad avanzada y con una amplia comorbilidad médica, la cual limita su capacidad de esfuerzo y por lo tanto también el nivel funcional al que aspira, si en el mejor de los casos puede llegar a ser protetizado.

En contraposición a este tipo de paciente, en adultos jóvenes la causa más frecuente de amputación es la relacionada con antecedentes traumáticos. Estos pueden ser causados por accidentes de muy diversa índole, destacando por su frecuencia los accidentes laborales, de tráfico, los ocurridos en el ámbito lúdico/deportivo y los relacionados con accidentes domésticos, tales como quemaduras o traumatismos casuales. En el contexto del paciente politraumático, la necesidad de amputación de una extremidad viene determinada mayoritariamente por complicaciones locales derivadas de una mala evolución local de fracturas complejas, ya que éstas son frecuentemente fracturas abiertas y con compromiso vascular asociado, y no siempre son subsidiarias de un tratamiento que permita la conservación de la extremidad. En este tipo de

traumatismos es frecuente la asociación de la amputación de una extremidad con la coexistencia de otras lesiones del aparato locomotor, ya sean óseas, ligamentosas o de otras partes blandas, lo que supone un factor determinante y aditivo que contribuye negativamente a su brusca pérdida del nivel funcional previo. Por otra parte, las lesiones asociadas pueden suponer una dificultad añadida para el tratamiento adecuado y oportuno de la amputación, así como de su probable protetización, ya que pueden por ejemplo, limitar la capacidad de utilización de ayudas técnicas o limitar la capacidad de carga axial.

El paciente amputado de extremidad inferior por causa traumática es por lo tanto, un paciente generalmente joven y con un presumible buen estado de salud previo a la amputación y por ello le debemos presuponer una prolongada expectativa de vida. Esta definición teórica de “paciente tipo” hace que cuando nos encontramos ante un paciente de estas características, nos debamos plantear el abordaje terapéutico teniendo en cuenta que los objetivos funcionales que van a suponer nuestra meta terapéutica van a ser elevados, así como también lo van a ser sus expectativas de recuperación funcional. El paciente anhela recuperar el nivel funcional perdido con la amputación, y esto supone un reto tanto para el paciente, que deberá ofrecer su máxima capacidad de esfuerzo y colaboración, como para el equipo de profesionales sanitarios que le atienden.

Por todo ello, es importante llevar a cabo un abordaje cuidadoso y minucioso de este tipo de paciente, teniendo en cuenta las necesidades que va tener, no sólo en el momento de la amputación y en relación con el tipo de prótesis, sino a lo largo de toda su vida y abarcando a todos los ámbitos afectados en ella. El establecimiento de un plan de cuidados ajustado a cada paciente y nivel de amputación supone la base imprescindible para su correcto abordaje.

2. NECESIDADES DEL PACIENTE AMPUTADO DE EXTREMIDAD INFERIOR

El planteamiento del plan de necesidades que va a tener un paciente amputado de extremidad inferior debe partir de dos premisas iniciales, que deben ser mandatoriamente tenidas en cuenta.

La primera premisa se basa en el concepto de que este tipo de paciente va a requerir soporte y atención médica durante toda su vida y no solamente en el momento inmediatamente posterior a la amputación y subsiguiente protetización. En este sentido cabe destacar diferentes etapas: la postoperatoria, la de recuperación funcional pre-prótesis, la de protetización y la seguimiento. Cada una de estas fases precisa

una atención específica, así como unas herramientas diagnósticas y terapéuticas diferentes.

La segunda premisa radica en la aseveración de que el plan de necesidades establecido debe abarcar e incluir necesariamente todos los ámbitos y aspectos que se encuentran alterados en el paciente amputado-protetizado, y no debe estar centrado únicamente en dar cobertura de forma selectiva a los aspectos técnicos relacionados con el tipo de prótesis.

Ambas premisas permiten una visión holística bajo la cual se ampara el abordaje global que permite un buen enfoque diagnóstico y por lo tanto un óptimo resultado de los tratamientos aplicados.

De este modo, podemos clasificar las necesidades del paciente amputado en tres grandes grupos: las relacionadas con el tipo de asistencia médica que precisa, es decir, el equipo multidisciplinar necesario para poder abordar su manejo; un segundo grupo de necesidades son las relacionadas con la prótesis propiamente dicha; esto incluye la prescripción médica del tipo de protetización, su seguimiento y la valoración periódica para optimizar sus recambios a medida que son requeridos con el paso del tiempo; y un tercer grupo de necesidades son las que van vinculadas a la necesidad de seguimiento a largo plazo de las complicaciones inherentes al paso de los años, incluyendo tanto las complicaciones locales a nivel del muñón como las que ocurren en otras localizaciones.

2.1. Necesidades asistenciales: unidad multidisciplinar

El médico rehabilitador es la figura central del equipo multidisciplinar. Es el encargado de liderar y coordinar a todo el equipo implicado en la atención de este tipo de pacientes y para ello debe tener una amplia formación y experiencia en el campo de la ortoprotésica. Sus funciones principales son: realizar la valoración médica inicial; establecer los criterios de protetización funcional; monitorización de la evolución funcional del paciente para valorar si éste va logrando los hitos funcionales marcados en cada una de las fases del proceso; realizar la prescripción de la prótesis de forma individualizada a cada paciente, en función de sus características propias y de su nivel funcional esperable; realizar el seguimiento del proceso de protetización, valorar sus necesidades en relación al tratamiento rehabilitador –tanto fisioterápico como de terapia ocupacional–; indicar en el momento que proceda la finalización del proceso de tratamiento rehabilitador. En la fase de seguimiento posterior, se debe establecer una pauta de revisiones periódicas con el objetivo de detectar posibles situaciones de

claudicación funcional, de desadaptación protésica, de deterioro de los componentes protésicos o de detección de posibles complicaciones relacionadas con el uso de la prótesis.

Es también importante contar con un unidad de enfermería capaz de realizar las curas adecuadas al muñón, ya que es críticamente valioso que la cicatriz quirúrgica sane en las mejores condiciones posibles, evitando al máximo los factores que pudieran suponer riesgo de infección que pudiera retrasar el proceso de cicatrización o incluso pudieran suponer un obstáculo a la protetización. En este sentido, es necesaria una buena comunicación entre el cirujano, la enfermera y el médico rehabilitador para asegurar el *continuum* asistencial en la cura de la herida quirúrgica.

El técnico ortopédico es una figura clave y primordial en este equipo multidisciplinar, y es el médico rehabilitador quien debe velar por lograr una buena comunicación con el técnico ortopédico escogido por el paciente y encargado de fabricar su prótesis. La información adecuadamente compartida, incluyendo la justificación para cada uno de los componentes protésicos prescritos, y los objetivos funcionales previstos, facilitan la consecución de las metas terapéuticas.

La presencia de un fisioterapeuta dentro del equipo es fundamental en varios momentos del proceso. En la fase inicial postoperatoria el tratamiento de fisioterapia tiene el objetivo de evitar retracciones articulares y actitudes viciosas en el muñón de amputación y mantener el balance articular y muscular de la extremidad contralateral. En la fase pre-protésica el objetivo se centra en la optimización del nivel funcional y en la preparación del muñón para la siguiente fase, la de protetización, durante la cual el paciente es instruido en la utilización adecuada de la prótesis, así como en la reeducación de su patrón de marcha.

El terapeuta ocupacional es el miembro del equipo que permite aplicar las técnicas aprendidas a las actividades de la vida diaria, teniendo estos aspectos su máxima aplicabilidad en los amputados de extremidad superior. También asiste al paciente acerca de dispositivos de ayuda para algunas actividades instrumentales, así como en técnicas de ergonomía e higiene postural relacionadas con el uso de la prótesis.

Es importante que dentro del equipo multidisciplinar estén integradas las figuras quirúrgicas del cirujano ortopédico y del cirujano plástico. Su papel es fundamental en la toma de decisión del nivel de amputación posible y en la ejecución de la técnica quirúrgica idónea. El equipo quirúrgico también es necesario para abordar determinadas situaciones clínicas específicas que comprometen la tolerancia y adaptabilidad al uso de la prótesis, como son algunas complicaciones locales del muñón de amputación

tales como espículas óseas o neuromas. También hay que destacar que es fundamental la buena comunicación dentro del equipo para valorar, y si procede discutir, el nivel de amputación óptimo en cada paciente en caso de que se trate de una amputación no urgente.

La atención psicológica es importante en el paciente amputado. El cambio en la percepción de la imagen corporal, la adaptación al cambio vital que supone y la alteración emocional relacionada con el acontecimiento traumático suponen factores estresores suficientes para justificar la presencia y necesidad de un psicólogo capaz de atender estos aspectos, difícilmente abordables por el resto de integrantes del equipo.

2.2. Necesidades ortoprotésicas en amputaciones de extremidad inferior

2.2.1. Generalidades

La adecuada prescripción del tipo de prótesis, así como de cada uno de los componentes modulares, no es una decisión genérica y protocolizada aplicable a cualquier paciente para cada nivel de amputación, sino que va ligada al objetivo funcional pretendido y está condicionado por la comorbilidad del paciente y otras lesiones que pueda haber sufrido y que pueden suponer una peculiaridad a la hora de decidir qué tipo de componentes protésicos son los adecuados.

La prescripción protésica individualizada a cada paciente no es un acto puntual e invariable con el tiempo, sino que requiere reevaluación continua y monitorización al cabo de los años ya que hay numerosos factores que pueden conducir a modificaciones. Esta necesidad de actualización de los componentes protésicos se debe básicamente a dos factores: por una parte, las prótesis sufren un deterioro de sus componentes, secundariamente a su uso continuado, y ello conlleva una fatiga de materiales que conduce de forma inevitable a la revisión periódica de los mismos con el objetivo de garantizar que el dispositivo protésico siga en condiciones óptimas para ser utilizado. Por otra parte, hay otras modificaciones de los componentes protésicos que vienen motivadas por la necesidad de adaptación al nivel funcional del paciente, ya sea que porque haya mejorado su capacidad funcional respecto a la teóricamente prevista al inicio de la fase de protetización, como porque haya sufrido un deterioro funcional y requiera decrecer en la sofisticación de determinados componentes para facilitar la tolerancia o adherencia a estos.

Otra consideración global a tener en cuenta en el momento de la prescripción es que hay determinados componentes protésicos que pueden no ser adecuados en una fase inicial del proceso, caracterizado por un muñón en fase de cambios morfológicos continuos, pero que sí pueden serlo en otras fases más avanzadas.

Hay que destacar que este tipo de paciente afecto de amputación traumática de la extremidad inferior, característicamente joven, no es improbable que a lo largo de su vida se pueda beneficiar de componentes protésicos novedosos, fruto del esfuerzo permanente de los fabricantes de este campo en aportar nuevos componentes que supongan un enriquecimiento de la gama de productos existente. En este sentido, no hemos de subestimar la capacidad de un paciente a adaptarse a un nuevo producto, ya que, tal y como ocurre en otros ámbitos de la vida, adaptarse a un cambio ventajoso y que supone una mejoría franca, no suele ser difícil.

2.2.2. Necesidades ortoprotésicas en amputación transtibial

Los pacientes afectados de amputación transtibial precisan un tratamiento rehabilitador fisioterápico previo al inicio de la protézización, durante el cual se debe acondicionar el muñón en previsión del uso de la prótesis. En esta primera fase pre-protésica debemos conseguir una reducción volumétrica del muñón y para ello se puede aplicar un vendaje compresivo-remodelante con presión decreciente en sentido proximal, pero también se puede optar por el uso de liners de silicona especialmente diseñados para este efecto. Estas interfaces consiguen una mayor presión y facilitan la colocación y retirada de la misma por el propio paciente, sin ser necesaria la intervención del fisioterapeuta y permitiendo por lo tanto que se puedan aplicar más horas de terapia compresiva al día.

Una vez el muñón reduce hasta el volumen deseable, la primera prótesis que se prescribe, llamada prótesis provisional, ha de constar de los siguientes componentes:

- Estructura: en el momento actual se tiende a utilizar prótesis con estructura endoesquelética, que permite la fabricación de las prótesis siguiendo los principios del diseño modular. El paso de las estructuras exoesqueléticas a las endoesqueléticas permitió reducir el peso de las prótesis. Otra ventaja es que permite realizar cambios de alineación y de partes de la prótesis de forma más sencilla gracias al uso de los adaptadores modulares.
- Liners: también llamados vainas. Constituyen una interface que separa el muñón del encaje, actuando a modo de segunda piel. Esta disposición le confiere protección y

por lo tanto disminuye el riesgo de heridas ya que es el liner el que recibe la presión tangencial del encaje, en lugar de la piel. En la actualidad, existen múltiples fabricantes que ofrecen una gran variedad de liners fabricados mayoritariamente en silicona, en gel de silicona o en gel de poliuretano. En la mayoría de las ocasiones se pueden utilizar liners prefabricados, con una amplia oferta en cuanto al rango de tallas que ajustan a la perimetría de la mayoría de los muñones. En algunos casos, sobre todo en los casos de muñones con morfologías atípicas, tales como los muñones cónicos, o aquellos en los que el segmento tibial es de mucho menor diámetro que el femoral, pueden ser necesario recurrir a vainas fabricadas a medida, que encarecen ostensiblemente el coste respecto al liner prefabricado. También hay liners enriquecidos con determinados productos que pueden ser útiles en muñones con pieles sensibles y con tendencia a sufrir reacciones inflamatorias o irritantes.

- Encaje provisional: se trata de la única parte de la prótesis con vigencia temporal a corto plazo, ya que el resto de la prótesis sí que va a permanecer en la prótesis definitiva. El encaje provisional debe ser fabricado a partir de una réplica idéntica al muñón del paciente, ya sea mediante métodos tradicionales basados en la toma de un molde de yeso, como por métodos más tecnológicamente sofisticados basados en la toma de medidas y volúmenes mediante técnicas de escaneo digital. Este encaje provisional resultante es fabricado generalmente en material termoplástico, ya que este tipo de material permite fácilmente realizar modificaciones, tales como retoques en zonas de dolor o hiperpresión en zonas sensibles o de prominencias óseas.
- Calcetas de tejido: durante la fase de protetización provisional suelen ser necesarias medias o calcetas de tejido de algodón, con el objetivo de compensar la reducción volumétrica progresiva que se va produciendo con el uso de la prótesis en las primeras semanas o meses.
- Mecanismo de suspensión: actualmente existe la tendencia a utilizar mecanismos de suspensión basados en la generación del vacío entre el encaje y el liner. En la fase de prótesis provisional uno de los más usados es la utilización de rodilleras de silicona, recubiertas externamente de una capa de tejido, que mantienen el vacío del encaje. Otros mecanismos de suspensión son los basados en la suspensión mecánica mediante un pin o lanzadera; en estos casos la eficacia de la suspensión es menor, aunque se favorecen de un menor grosor total en la zona del hueco poplíteo que permite una mayor flexión de rodilla.

- Pie: el pie protésico constituye uno de los componentes con una mayor variabilidad en cuanto a su prescripción. Si nos ceñimos al paciente amputado tibial de causa traumática de edad joven y en ausencia de patología en la extremidad contralateral que limite el nivel funcional, deberíamos optar mayoritariamente por un tipo de pie protésico que tenga la capacidad de adaptarse a un nivel funcional elevado, mediante la capacidad de almacenamiento y devolución de la energía que transmite el paciente en cada paso. Por ello, es uno de los componentes protésicos que más íntimamente relacionado está con la reserva energética y el nivel funcional del paciente. Es asumible que a mayor nivel funcional, más sofisticado va a ser el pie protésico necesario y mayor va a ser su coste.
- Alineación: es una parte no estructural de la prótesis, pero fundamental ya que en ella radica la estabilidad en estático y la marcha. Es el principal factor determinante, junto con el encaje, para que una prótesis adecuadamente fabricada sea correctamente tolerada.

Hay otros componentes protésicos que pueden ser necesarios en determinados casos:

- Válvula: es útil añadirla en encajes para muñones de base ancha o morfología bulbosa, para facilitar la introducción del muñón dentro del encaje.
- Corselete femoral y articulación externa de rodilla: sólo son necesarios en muñones muy cortos en los que la suspensión realizada a través del propio encaje es insuficiente o en casos de inestabilidad de rodilla no controlable con una mayor altura de las aletas condíleas interna y/o externa.

Tras la estabilización del volumen del muñón tibial y haber comprobado la buena tolerancia a la prótesis, se sustituye el encaje provisional por el encaje definitivo. La tendencia actual es la generalización del uso de los encajes tipo TSB (*total surface bearing*), ya sean termoconformados o laminados. El material más frecuentemente utilizado en la actualidad es el laminado en fibra de carbono, aunque su teórica ventaja en cuanto a la disminución del peso del encaje tiene escasa repercusión en el peso total de la prótesis. Además, los encajes de fibra de carbono son más difícilmente retocables en puntos de hiperpresión, a diferencia de los encajes laminados en resina. En la actualidad, los encajes tipo PTS, PTB y KBM están prácticamente obsoletos y su uso se limita a aquellos casos en los que no es posible un contacto total tipo TSB o el paciente no tolera el uso del liner.

El tipo de acabado cosmético elegido para finalizar la prótesis una vez se ha dado el paso de colocación del encaje definitivo no tienen implicación sobre el nivel funcional

del paciente protetizado, pero sí que supone un importante impacto psicológico en algunos pacientes, ya que no todas las culturas a lo largo y ancho del planeta tienen la misma predisposición a aceptar determinados tipos de acabados cosméticos. Por ello no es despreciable el número de pacientes que se ven favorecidos por el uso de fundas cosméticas realizadas en silicona, que logran un acabado muy realista, ya que esto supone un refuerzo a su autoestima y mejoran su percepción de la imagen corporal propia y de la imagen que vierten hacia los demás.

En algunos casos se pueden producir circunstancias especiales que no permitan una suspensión eficaz mediante los sistemas de suspensión habituales. Esto ocurre de forma frecuente en pacientes amputados tibiales con elevados requerimientos funcionales y energéticos que propician variaciones volumétricas del muñón que pueden ser importantes a lo largo del día. Esto es difícilmente controlable mediante los mecanismos habituales de compensación volumétrica, consistentes en la adición de calcetas de tejido suplementarias entre el liner y el encaje. Estos pacientes se benefician de forma franca de sistemas de mantenimiento activo del vacío por bombas de expulsión automática del aire, ya sean controladas de forma mecánica o electrónica. Estos dispositivos permiten una mejor adecuación de la prótesis al nivel funcional del paciente.

El paciente amputado tibial puede necesitar además otro tipo de prótesis complementarias a la prótesis habitual. En pacientes jóvenes es muy útil disponer de una prótesis tolerante al agua y ambientes húmedos, que no requiere la sofisticación de la prótesis habitual y que permite resguardar ésta de ambientes que pueden dañar alguno de sus componentes.

No es improbable que estos pacientes jóvenes tengan algún hábito saludable en relación a alguna actividad física o deportiva, aunque en este sentido hay que destacar que una prótesis diseñada para caminar, no es útil para correr. Por ello, puede ser necesario disponer de una prótesis adicional en el caso de pacientes que realicen alguna actividad deportiva. En tal caso se deben valorar específicamente las características del encaje, alineación y pie protésico y adecuarlos a la actividad deportiva que vaya a realizar el paciente. En las prótesis deportivas es primordial optimizar también los sistemas de suspensión, ya que la sobrecarga mecánica puede suponer un mayor riesgo de lesiones si existe exceso de rotación o pistoneo del muñón dentro del encaje.

Hay otro componente protésico que puede ser de gran utilidad en pacientes amputados transtibiales con elevado nivel funcional: se trata de los adaptadores de torsión. Es un componente frecuentemente olvidado ya que no debe formar parte necesariamente de todas las prótesis. Es útil en aquellos pacientes que durante la marcha o en determinados movimientos corporales realizan movimientos de pivote sobre sí mismos;

en estos casos realiza la función de asumir el efecto del movimiento de rotación de manera que se lo evita a la interface muñón-encaje, disminuyendo por lo tanto las fuerzas tangenciales anómalas en el muñón en situación de carga.

A lo largo de los años de uso de una prótesis tibial se va produciendo de forma indefectible un cierto grado de deterioro por desgaste de los componentes protésicos que conforman la prótesis. No todos los componentes protésicos se deterioran por la misma causa y no todos ellos requieren recambio con igual periodicidad. He ahí la importancia de la valoración y seguimiento periódico por un médico especializado en el campo de la ortoprotésica, que pueda realizar una valoración con un juicio clínico, y por lo tanto una recomendación basada en el criterio médico, propio e independiente tanto de los deseos no siempre realistas del paciente, como de las pretensiones no siempre estrictamente imparciales del técnico ortopédico en el cual el paciente deposita su confianza.

De esta manera, podemos calcular una periodicidad aproximada para la renovación de la mayoría de componentes protésicos, teniendo en cuenta su variabilidad dependiendo del nivel funcional y del grado de exigencia que tiene cada paciente con el autocuidado de su prótesis.

- Los liners de silicona y de gel tienen una durabilidad aproximada de 12 meses. La variabilidad de estos depende de varios factores. El nivel funcional elevado y la hipersudoración del muñón le condicionan un mayor desgaste, con duraciones inferiores en condiciones óptimas. Hay algunos recursos terapéuticos que pueden ser útiles en algunas de estas situaciones, que permiten alargar la durabilidad del liner. La mala higiene del liner o los malos hábitos de posicionamiento del mismo cuando el paciente no lo lleva puesto son un factor negativo para su conservación. La rodilleras suspensoras de silicona suelen tener una durabilidad similar al liner en cada paciente, y su variabilidad viene determinada por los mismos factores.
- El encaje rígido tiene una durabilidad diferente en los primeros años y posteriormente. En los 2 o 3 años post-protetización la reducción volumétrica del muñón es tal que suele ser necesario suplementar con múltiples calcetas de tejido para compensar el desajuste entre muñón y encaje. La utilización de 2-3 calcetas gruesas suele permitir un control correcto de los movimientos anómalos de pistoneo-rotación, pero si se usan más de 4 calcetas es difícil lograr un buen control. Por ello, tras la primera protetización, suele ser necesario un segundo encaje hacia los 12-24 meses. A partir del segundo o tercer años, la reducción volumétrica del muñón es menor, aunque igualmente perceptible, y los cambios de encaje por este motivo suelen ser necesarios cada 2-3 años aproximadamente. Cuando el volumen del

muñón se estabiliza, se pueden valorar otro tipo de sistemas de suspensión para la prótesis tibial, como son los mecanismos de suspensión basados en liners con membrana que generan una cámara hipobárica en la zona distal a la misma. En estos casos, el paciente se beneficia de la suspensión mediada por vacío, pero sin tener que precisar la rodillera externa para sellar la entrada de aire al encaje. En estos casos el paciente no puede suplementar con medias las variaciones volumétricas del muñón, y por ello es necesario valorar este sistema de suspensión tras la estabilización morfológica y volumétrica del muñón.

- El pie protésico es otro de los componentes que tiene una durabilidad variable y dependiente del nivel funcional propio de cada paciente. En pacientes de edad más avanzada tienen una vida media muy prolongada, pero en pacientes jóvenes y con elevados requerimientos funcionales es importante detectar precozmente cuando se produzca fatiga o deterioro. Muchas veces es el propio paciente quien percibe una sensación de movilidad pasiva anormal; en tal caso se debe proceder al recambio del pie protésico. En ocasiones, el deterioro precoz de un pie protésico puede ser un indicador indirecto de que ese paciente está usando un pie con unas prestaciones biomecánicas inferiores a las que precisa por su nivel funcional. De forma genérica para cada tipo de pie protésico, los fabricantes presuponen el correcto estado y extienden la correspondiente garantía del pie protésico durante un tiempo aproximado de 2 años, aunque la durabilidad es en muchas ocasiones mayor si se realiza un correcto mantenimiento.
- La estructura endoesquelética tiene un menor desgaste que el resto de los componentes y precisa ser renovada aproximadamente a los 2-4 años, para evitar problemas derivados de la fatiga del material, ya que esto puede suponer un riesgo de caídas y lesiones evitables. Hay que destacar que no todos los recambios de encaje deben ir necesariamente asociados a un cambio de estructura, aunque sí que es necesario que cada vez que se coloca un encaje nuevo se realice una nueva alineación estática y dinámica. El recambio de un pie protésico por otro de diferente altura de montaje requiere también necesariamente un cambio de tubo de la endoestructura.

2.2.3. Necesidades ortoprotésicas en amputación transfemoral

En los pacientes amputados de extremidad inferior a nivel transfemoral, la indicación de tratamiento fisioterápico previo a la fase de prototización tiene los mismos objetivos que en el nivel transtibial: la optimización de la condición física global del paciente y la preparación del muñón de amputación. Con este fin se debe aplicar diariamente

un vendaje compresivo con objetivo reductor del edema. En el nivel de amputación femoral no se suelen utilizar siliconas reductoras.

Tras la consecución de los objetivos terapéuticos de la fase pre-protésica, se realiza la prescripción médica de la prótesis provisional, que consta de los siguientes componentes:

- Estructura: se utilizan endoestructuras, caracterizadas por permitir la composición modular de la prótesis, con un menor peso respecto a las antiguas estructuras exoesqueléticas y permite también la posibilidad de recambio selectivo de sus componentes gracias a su modularidad.
- Liners: difieren de los usados en la amputación tibial en que éstos son mayoritariamente de silicona. En la mayoría de casos es fácilmente adaptable un liner prefabricado, escogiendo la talla adecuada en función de la perimetría del muñón y no suele ser necesario fabricarlos a medida.
- Encaje provisional: tras la toma de medidas se fabrica un encaje siguiendo la filosofía de ausencia de carga distal. A este encaje se le deberán ir aplicando modificaciones en función de las necesidades para hacerlo tolerable para el paciente, y añadiendo rellenos a su pared interna para compensar la reducción volumétrica.
- Mecanismo de suspensión: la utilización de suspensión basada en el vacío entre muñón y encaje ha caído en desuso desde la introducción de las suspensiones mediadas por vainas de silicona. En las prótesis provisionales para nivel transfemoral no es posible utilizar mecanismos de suspensión de vacío, sino que la tendencia actual es la de usar sistemas mecánicos, como pueden ser el pin, el cordón o métodos mixtos de pin distal y cierre velcro externo al encaje.
- Rodilla protésica: el mercado protésico ofrece una amplia gama de rodillas. Se clasifican en rodillas libres o de bloqueo, en monocéntricas o policéntricas, y en función del fluido que permite su libertad de movimiento y controla la fase de apoyo. La prescripción debe estar basada en criterios de funcionalidad, pero a diferencia de otros componentes protésicos, la sofisticación tecnológica que han logrado los principales fabricantes de prótesis, concretada en las rodillas libres con mecanismo hidráulico sometido a control electrónico, no son solamente las rodillas protésicas que permiten mayor funcionalidad, sino que también son las más seguras del mercado y por ello es difícil encontrar un motivo por el cual otro tipo de rodilla pueda ser mejor para prácticamente la totalidad de los pacientes.

- Pie: al igual que en paciente amputado tibial, la prescripción del pie protésico se basa en los mismos principios de presunción del nivel funcional. Por lo tanto, a mayor reserva energética le corresponderá presumiblemente un mejor nivel funcional y por lo tanto un pie protésico con un perfil de actividad más elevado.
- Alineación: varía en función del tipo de rodilla protésica. Es importante valorar en cada paciente su posición respecto a la línea de carga, ya que determina el equilibrio y el patrón de marcha.

Tras la estabilización del volumen del muñón tibial y haber comprobado la buena tolerancia a la prótesis, se substituye el encaje provisional por el encaje definitivo, laminado finalmente en resina o fibra de carbono.

En el caso de los amputados femorales el acabado cosmético es importante, pero hay que hacer consciente al paciente de la importancia de utilizar fundas cosméticas interrumpidas que dejen libre la rodilla protésica, con la finalidad de no restarle funcionalidad. De forma similar, el paciente suele preferir acabos cosméticos realistas fabricados en silicona, ya que a pesar de su elevado coste representan la parte visible de la prótesis.

Por los mismos motivos que el amputado tibial, el paciente amputado femoral puede precisar también prótesis para utilización en ambientes húmedos y acuáticos, así como prótesis adaptadas a determinadas actividades lúdico-deportivas.

Al tratarse de un nivel de amputación proximal de la extremidad inferior, hay una mayor fuerza de rotación del encaje contra el muñón en comparación con el paciente amputado tibial. Por ello, a pesar de que el nivel funcional sea menor que en otros niveles de amputaciones más distales, suele ser muy beneficioso la adición de un adaptador de torsión para evitar problemas en el muñón por esta causa. Por otra parte, también es muy útil utilizar adaptadores de rotación, con el objetivo de facilitar el calzado de la extremidad protetizada, la entrada a vehículos o la sedestación en lugares angostos.

A lo largo de los años de uso de una prótesis femoral se va produciendo de forma indefectible un cierto grado de deterioro por desgaste de los componentes protésicos que la conforman. La periodicidad aproximada para la renovación de la mayoría de componentes protésicos sigue los mismos principios básicos que en el nivel transtibial, teniendo en cuenta que en el nivel transfemoral el nivel funcional suele ser algo menor y esto puede conllevar una mayor durabilidad de algunos componentes.

- Los liners de silicona tienen una durabilidad aproximada de 12 meses.

- Los encajes tienen inicialmente una durabilidad inicial anual y posteriormente cada 2-3 años aproximadamente.
- La utilización de calcetas para compensación de la pérdida volumétrica es más dificultosa que en pacientes tibiales debido a los tipos de mecanismos de suspensión usados en este tipo de prótesis y por ello es preferible el retoque del encaje mediante rellenos en su interior. A partir de la estabilización del volumen del muñón, es preferible utilizar mecanismos de suspensión basados en liners con membrana que generan una cámara hipobárica en la zona distal a la misma.
- La periodicidad de la prescripción de las rodillas protésicas varía en función del tipo de rodilla y del período de garantía que otorga cada fabricante. Es una de las partes que está sometida a mayor sobrecarga mecánica y por lo tanto es preciso asegurar que su funcionamiento es en todo momento correcto ya que un fallo no percibido conllevaría un elevado riesgo de caída. Ahí radica la importancia de realizar un seguimiento para verificar el estado de cada uno de las partes de la prótesis. En general, la vida media de una rodilla protésica oscila entre los 3 y los 5 años.
- Los criterios para el recambio de los pies protésicos siguen los mismos principios que en el amputado tibial.
- La estructura endoesquelética es renovada aproximadamente cada 2-4 años. Hay que tener en cuenta que deberá ser recambiada siempre que se realice un cambio de encaje, rodilla o pie protésico cuando supongan una variación en la longitud del tubo.

2.3. Necesidades relacionadas con el seguimiento y las complicaciones

El dolor es un motivo frecuente de consulta en el paciente amputado de extremidad inferior. Es necesario determinar la causa del dolor porque de ello dependerá que se pueda aplicar un tratamiento específico.

El dolor de miembro fantasma es muy frecuente en los primeros meses y suele requerir tratamiento farmacológico. También se pueden aplicar algunas medidas físicas para su alivio. Es importante explicar al paciente que el dolor de miembro fantasma no es sólo una vivencia personal irracional, sino que es un fenómeno fisiológico y que por otra parte es previsible y tratable. También debemos explicarle que tras el primer año, disminuye su incidencia y pasa a ser un problema poco relevante en el futuro.

También es importante explicar al paciente la diferencia entre el dolor y la sensación de miembro fantasma, ya que ésta no suele suponer ninguna repercusión funcional, y debemos evitar en tal caso el tratamiento farmacológico.

Otra causa de dolor es la desadaptación del binomio muñón-encaje. A medida que se va produciendo la reducción volumétrica del muñón, el pistoneo resultante provoca modificación en los puntos en los que la prótesis ejerce carga sobre el muñón. La solución pasa por añadir calcetas entre el liner y el encaje, añadir rellenos de espuma a la pared interna del encaje, o finalmente realizar un recambio de encaje por otro adaptado al volumen y morfología real del muñón.

El dolor en la base del muñón que aparece en fase crónica, requiere también el diagnóstico diferencial entre neuromas de amputación y espículas óseas. La anamnesis es fundamental para discernir entre ambas entidades, ya que debemos aclarar si el dolor tiene características neuropáticas o mecánico-inflamatorias, y se debe complementar la evaluación clínica con técnicas de imagen (radiografía y resonancia magnética). En caso de que el paciente acabe requiriendo un retoque quirúrgico del muñón, hemos de prever un recambio de liner y encaje, debido a que suele variar la conformación del muñón.

Los problemas dérmicos son una constante desde el inicio en los pacientes amputados de extremidad inferior. La generalización del uso de la vainas de silicona han disminuido su frecuencia, pero aun así se puede afirmar que prácticamente la totalidad de los pacientes han tenido alguna problema dermatológico relacionado con el uso de la prótesis. Las entidades clínicas más prevalentes son hipersudoración, acroangiodermatosis, dermatitis alérgica de contacto, úlceras, foliculitis/forunculosis, intertrigo e hiperplasia verrucosa. Dada su elevada prevalencia, la mayoría de estas complicaciones pueden ser asumidas y tratadas por el médico rehabilitador, sin necesidad de que el paciente sea remitido a un dermatólogo en la mayoría de los casos, salvo sospecha de lesión no benigna que precise de valoración especializada por dermatología o cirugía plástica.

Otro aspecto muy importante en el que debemos hacer un especial hincapié durante el seguimiento de un paciente amputado es el seguimiento del nivel funcional. Se debe monitorizar mediante escalas específicamente diseñadas y validadas para pacientes amputados-protetizados. Hay que detectar precozmente factores que puedan suponer una merma en las capacidades funcionales, con la finalidad de poder hacer propuestas terapéuticas resolutivas. De este modo, puede ser necesario reiniciar un periodo de tratamiento fisioterápico en pacientes que tienen miedo a caer y que por ello van disminuyendo su perfil de actividad. También puede ser necesario ir reevaluando el tipo

de componentes protésicos que tienen que ver con la seguridad, como son las articulaciones de rodilla, pies protésicos y mecanismos de suspensión, ya que un cambio oportuno en el momento adecuado puede ser muy ventajoso para el paciente.

El uso de una prótesis en la extremidad inferior produce un cambio en el patrón normal de marcha. Esto supone que el paciente está realizando mecanismos de compensación a expensas de la cadera y rodilla contralateral y también en el raquis a nivel de la charnela lumbosacra. Estas alteraciones explican la elevada prevalencia de episodios de lumbalgia, dolores mecánicos en la extremidad contralateral y patología degenerativa precoz en la cadera y rodilla contralaterales. Ahí radica la importancia de realizar un seguimiento periódico no sólo del muñón-prótesis, sino del resto del aparato osteo-muscular.

3. TAKE-HOME MESSAGES

Los amputados de extremidad inferior de etiología traumática van a necesitar inevitablemente una prótesis, pero no podemos caer en el error de que proporcionarles la prótesis compuesta por los mejores componentes protésicos del mercado es darles todo lo que necesitan. Hemos de recordar la importancia de la atención integral por un equipo multidisciplinar y la atención especializada y experta por cada uno de sus miembros. La buena prescripción ortoprotésica pasa necesariamente por tener un médico especialista en medicina ortoprotésica encargado de coordinar y liderar al resto del grupo multidisciplinar, con formación específica en este campo, evitando delegar a la figura del técnico ortopédico la decisión del tipo de prescripción. Se deben tomar las decisiones de forma consensuada y pensando individualizadamente cuál es la mejor opción para cada paciente.

Y por último no debemos olvidar que tras la toma de decisión inicial de protetización idónea a cada paciente, se debe continuar realizando un seguimiento a lo largo de toda su vida, adaptando sus requerimientos protésicos a sus necesidades reales y atendiendo en cuenta las complicaciones más frecuentes a las que se ve expuesto este tipo de paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Meier RH 3rd(1), Choppa AJ, Johnson CB. The person with amputation and their life care plan. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2013 Aug;24(3):467-89
- Meier RH 3rd(1), Melton D. Ideal functional outcomes for amputation levels. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2014 Feb;25(1):199-212
- Yoo S. Complications following an amputation. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2014 Feb;25(1):169-78.
- Nair A(1), Hanspal RS, Zahedi MS, Saif M, Fisher K. Analyses of prosthetic episodes in lower limb amputees. *Prosthet Orthot Int*. 2008 Mar;32(1):42-9.

14. VALORACIÓN OBJETIVA DEL DAÑO CEREBRAL

Fernando Sanjuán Martín

Neurocirujano

La lesión cerebral traumática (TBI) es un importante problema de salud pública con resultado de muerte y discapacidad de las personas jóvenes y en edad productiva.

Aunque la mortalidad de TBI ha disminuido considerablemente en los últimos años, la discapacidad debida a la Lesión Cerebral Traumática (LCT) no se ha reducido tan siquiera de forma sensible. Se han propuesto y utilizado numerosas escalas, tablas y criterios de valoración para evaluar los resultados, aunque seguimos discrepando de su uniformidad y de ahí su heterogeneidad y arbitrio a la hora de utilizarlos y en muchas ocasiones de interpretarlos. Esta diversidad induce a considerar los sesgos que contienen cada una de ellas y a manejarlas con cautela. Ninguna de ellas es necesariamente excluyente y muchas de ellas son complementarias.

Existen criterios más uniformes en la tipificación de la fase aguda de la lesión cerebral, que de ser competencia exclusiva de la Neurocirugía, ha dado cabida con el devenir de los acontecimientos y los progresos experimentados no sólo de la medicina sino por las neurociencias en general, a la participación de otras especialidades como la Neuroradiología, Medicina Intensiva, Neuro-Anestesia, Neuroradiología y la Neurorehabilitación, complementando el diagnóstico desde la clínica y la imagen (Escala del Coma de Glasgow, Escala Modificada de Glasgow y de Raimondi para lactantes y niños, Traumatic Coma Data Bank), contribuyendo al diagnóstico y de forma decisiva al manejo agudo y de recuperación posterior (centros médicos específicos de Neurorehabilitación).

La Escala del Coma de Glasgow, a pesar de su uso extendido y las limitaciones que presenta en determinados pacientes (intubados, sedados, afásicos, con lesión facial...) para obtener datos completos y precisos de forma universal, diversos estudios coinciden en afirmar que es un buen predictor de la mortalidad intrahospitalaria y un instrumento útil para el triaje previo a la hospitalización.

Al daño inicial lo conocemos como “daño primario”, y no es evitable. Existen otras lesiones cerebrales postraumáticas que deben añadirse a las escalas mencionadas y no contempladas en la valoración inicial o en el transcurso de la evolución que, sin embargo, pueden condicionar tanto el resultado final como los déficits prolongados y las secuelas, como puedan ser:

- Lesiones del cuero cabelludo (erosión-abrasión, heridas inciso-contusas).
- Lesiones óseas (fracturas o hundimientos).
- Hematomas extracerebrales (epidural, subdural).
- Contusión-hematoma cerebral.
- Lesión axonal difusa (que puede existir en algún grado y no detectarse).
- “Swelling” cerebral.

El daño secundario. Es debido a insultos posteriores a la inmediatez lesional como hipoxemia-hipotensión (por politraumatismo asociado), hipertensión intracraneal-herniación cerebral (secundarios al desarrollo de masas como hematomas o contusiones). A veces éste daño puede ser peor que el primario y es necesario evitarlo o prevenirlo en parte.

Daño terciario. Induce daño neuronal o glial de manera retardada por liberación masiva de neurotransmisores (glutamato y aspartato), alteración de bombas iónicas transmembraba y disrupción del equilibrio iónico con entrada masiva de Ca^{++} al interior celular con proteólisis de la maquinaria intracelular, liberación de radicales, peroxidación lipídica de la membrana, apoptosis, etc.

1. COMO SE MIDE LA EVOLUCIÓN O EL RESULTADO FINAL DE UNA LESIÓN TRAUMÁTICA CEREBRAL

Continúa estando vigente la que diseñaron los neurocirujanos de Glasgow en 1974 trascurridos ó meses de la lesión traumática, conocida como “Escala de Resultados de Glasgow”, donde la puntuación inicial se relaciona con la categoría observada en la escala evolutiva.

2. PRONÓSTICO DEL TCE GRAVE.

Se relaciona con factores premórbidos previos (edad, a mayor edad peor pronóstico); factores propiamente traumáticos (tipo de lesión primaria), la incidencia del daño secundario añadido y la calidad de los programas de Neurorehabilitación.

La eficacia de los centros rehabilitadores depende de la individualización, precocidad e intensidad y que la realicen instituciones acreditadas. Aun así, los resultados son difíciles de cuantificar y por lo tanto, de comparar a causa no sólo de problemas metodológicos graves sino de una evaluación imprecisa previa.

3. FACTORES CON INFLUENCIA PRONÓSTICA

- Puntuación en la Escala del Coma del Coma de Glasgow.
- Tipo de lesión intracraneal.
- Edad.
- Pupilas (simetría, tamaño y reacción).
- Potenciales Evocados Somatosensoriales.
- Duración de la amnesia postraumática.
- Grado de Lesión Axonal Difusa (a corto, medio y largo plazo).

Un score bajo, la presencia de hematoma subdural, una edad avanzada, la objetivación de cambios pupilares, así como la presencia de signos de descerebración son factores de mal pronóstico. Los dos últimos puntos son los más considerados en la actualidad en relación a las limitaciones neurocognitivas, tanto en la independencia funcional como en la reanudación de la actividad laboral premórbida, y más cuando se trata de ocupaciones de alto rendimiento intelectual.

Entre la pléyade de Tablas y Escalas de cuantificación de la lesión cerebral traumática, encontramos algunas de ellas que son de uso más común y de gran utilidad, como la del Rancho de los Amigos, la Escala de Resultados de Glasgow (GOS) con o sin puntuaciones extendidas, la Discapacidad Rating Scale (DRS), FIM-FAM asociadas, índice de Barthel, el Cuestionario de Salud SF 36, y el Examen de Estado Funcional (FSE), entre otras.

No obstante, hay que tener precaución con problemas observados en las medidas de resultados, ya que:

- incluyen pobres definiciones operacionales,
- falta de sensibilidad o efectos de bajo techo,
- incapacidad para evaluar a los pacientes que no pueden informar,
- falta de integración de la morbilidad y mortalidad en categorías y dominios limitados del funcionamiento evaluado.

- GOS-E, satisface la mayor parte de los criterios de buena escala de resultados clasificando el deterioro funcional en la fase aguda y subaguda, y combinada adecuadamente con pruebas neuropsicológicas y conductuales-emocionales, como las expuestas en el párrafo anterior, es un instrumento satisfactorio que cubre las expectativas para la evaluación de los resultados después de un TCE.

En conclusión, hay que seguir avanzando en el manejo de la fase aguda de la lesión cerebral, sobre el daño secundario mitigando el terciario y entre tanto se progresa en esos intrincados aspectos neurobiológicos estamos obligados en el campo neuro-rehabilitador a insistir en aquellos puntos donde la evidencia es más deficiente y que precisan estudios adicionales como son:

- Identificar las características de los pacientes con mayor posibilidad de beneficiarse de los programas de rehabilitación.
- Determinar el tipo de tratamiento ideal para cada paciente.
- Apostar por las nuevas tecnologías, realidad virtual, robótica, Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva, especialmente por la Estimulación Profunda de reciente aparición en el mercado.
- Identificar factores como el tiempo óptimo de inicio, duración e intensidad de la rehabilitación.
- Determinar adecuadamente la verdadera efectividad de los tratamientos específicos o de combinaciones de tratamientos para disminuir las deficiencias y mejorar la funcionalidad.
- Desarrollar y validar pruebas para monitorizar los progresos en la Neurorehabilitación de los traumatismos craneoencefálicos.
- Realizar estudios de costo-beneficio en nuestro medio de las intervenciones usadas en la rehabilitación de los traumatismos craneoencefálicos.

PARTE II

CONFERENCIAS

1. LA APLICACIÓN PRÁCTICA DEL CONVENIO DE CLÍNICAS PRIVADAS

Eugenio Laborda Calvo

Presidente de la Asociación Española de
Valoración del Daño Corporal

Dentro de la actividad relacionada con los accidentes de tráfico, hay una faceta que puede que se escape a las funciones habituales de un perito médico, pero que representa un papel sumamente importante en el trabajo diario tanto de los tramitadores de siniestros, como de los médicos que desarrollan su trabajo en las centrales de las compañías de seguros. Es la asistencia sanitaria que se debe prestar a los pacientes.

Unespa, las compañías de seguros, tienen suscrito dos convenios para la asistencia sanitaria derivada de accidentes de tráfico. Uno con la Seguridad Social, es el sector público y, otro con el sector privado. Pero me centraré en el título de la charla “*La aplicación práctica del convenio de clínicas privadas*”.

Lógicamente he de referirme y explicar, de forma resumida el **Convenio-Marco de Asistencia Sanitaria Derivada de Accidentes de Tráfico** para los ejercicios 2014, 2015, 2016 y 2017 (sector privado) que recoge las siguientes estipulaciones:

PRIMERA. OBJETO, APLICACIÓN, VIGENCIA Y TARIFAS

1.1. Objeto

La asistencia sanitaria integral, tanto hospitalaria como ambulatoria, prestada a los lesionados por hechos de la circulación hasta su total sanación o estabilización de secuelas.

Asimismo la simplificación y agilización de los trámites y gestiones administrativas que en aplicación de las obligaciones derivadas de las prestaciones sanitarias prestadas al

amparo del mismo surjan entre los centros asistenciales, las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio. A estos efectos establece mecanismos dirigidos a procurar:

- A) Que los centros asistenciales que se adhieren al convenio reúnan una serie de requisitos objetivos previos, recogidos en el mismo, en cuanto a profesionalidad, capacidad y calidad asistencial (Anexo II).
- B) Un adecuado seguimiento sobre la corrección y adecuación de los procesos asistenciales prestados a los lesionados.
- C) La fiabilidad y transparencia en la actuación tanto de los centros asistenciales como de las entidades aseguradoras que se adhieran al mismo.
- D) Garantizar la seguridad y agilidad de los pagos inherentes a las prestaciones asistenciales derivadas de la aplicación de este Convenio.

1.2. Aplicación

El Convenio, en su calidad de Marco, es de referencia, aplicándose con carácter subsidiario respecto de los pactos bilaterales que pudieran suscribir individualmente las entidades aseguradoras, el Consorcio de Compensación de Seguros y los centros asistenciales en las relaciones que, como consecuencia de los servicios prestados a lesionados por hechos de la circulación, surjan entre ellos.

1.3. Vigencia

El Convenio será de aplicación para las asistencias sanitarias realizadas a partir del 1 de enero de 2014 como consecuencia de los siniestros ocurridos a partir de dicha fecha, finalizando su vigencia, el 31 de diciembre de 2017.

1.4. Tarifas

Las tarifas de referencia aplicables a las asistencias sanitarias prestadas a lesionados por hechos de la circulación en el ámbito del presente convenio (Anexo I) han sido calculadas teniendo en cuenta que en la aplicación del Convenio no se toman en consideración los criterios de imputación de responsabilidades, satisfaciéndose

los gastos sanitarios de cualquier lesionado con independencia de quién haya sido el responsable causante del daño.

SEGUNDA. HECHOS SUJETOS Y DETERMINACIÓN DEL OBLIGADO AL PAGO

2.1. Hechos sujetos

Las estipulaciones y precios de este Convenio se aplicarán a todas las prestaciones sanitarias, en los términos del artículo 10.2. y del punto 5h del anexo sobre cesión de datos del FIVA Real Decreto 1507/2008, de 12 de septiembre.

En aquellos supuestos en los que concurra la calificación de hecho de la circulación y la de accidente laboral o *in itinere*, prevalecerá, a los efectos de aplicación del Convenio, la consideración de hecho de la circulación.

2.2. Determinación del obligado al pago

La determinación del obligado al pago se realizará para siniestros ocurridos a partir de 1 de enero de 2014 de forma objetiva, con independencia de quién haya sido el responsable causante del daño, de acuerdo con las estipulaciones contenidas en el presente Convenio teniendo en cuenta los siguientes supuestos concretos.

A) Siniestros en que intervengan un único vehículo

La entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros se obliga al pago de las prestaciones que precisen las víctimas del accidente, quedando excluidos de la aplicación del Convenio el propio conductor del vehículo y los conductores de ciclomotores, motocicletas o vehículos asimilables.

B) Siniestros en que participe más de un vehículo

En estos siniestros se abonarán por cada entidad aseguradora o por el Consorcio de Compensación de Seguros las prestaciones sanitarias correspondientes a las víctimas ocupantes del vehículo que aseguren y las del conductor respectivo, excepto cuando se trate de vehículos no asegurados o robados, en los que el Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá los gastos del conductor en ningún caso, ni tampoco los de las víctimas que ocuparan voluntariamente estos vehículos siempre que pruebe que conocían la circunstancia de robo o no aseguramiento.

C) Lesiones a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes

Las prestaciones de asistencia sanitaria a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes, serán abonadas por la entidad aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros del vehículo causante material de las lesiones.

2.3. Participación de entidades no adheridas

El Convenio será de aplicación incluso cuando intervengan en el siniestro vehículos asegurados en entidades adheridas con los de entidades no adheridas al mismo. En estos supuestos, el centro asistencial cursará un parte de asistencia a la entidad adherida por cada lesionado, en el que se informará, de manera obligatoria, acerca de los datos de los vehículos intervinientes, tanto los de la entidad aseguradora adherida como los de la no adherida. La entidad adherida dispondrá de un plazo de 60 días para comunicar si asume la totalidad de los gastos de los lesionados a precios de Convenio o, si por el contrario, solamente asume los correspondientes a los ocupantes de su vehículo, en cuyo caso el centro asistencial podrá facturar a la no adherida los gastos de sus ocupantes a precios libres. La falta de respuesta en dicho plazo, supondrá la asunción del pago conforma a las tarifas del presente Convenio de los lesionados intervinientes en el siniestro.

2.4. Concurrencia de seguros

Si algún vehículo se encontrase cubierto por más de un seguro de responsabilidad civil de suscripción obligatoria, la entidad aseguradora que hubiese abonado las prestaciones sanitarias podrá reclamar a la otra u otras adheridas la parte proporcional en relación con el número de pólizas vigentes. La entidad obligada al pago frente al prestador del servicio será la requerida por éste.

2.5. No repetición

El Consorcio de Compensación de Seguros y las entidades aseguradoras adheridas renuncian a la reclamación de las cantidades abonadas en virtud de este Convenio excepto en los siguientes casos:

1º. Personas jurídicas no vinculadas por este Convenio.

- 2º. Gastos del conductor de motocicleta, ciclomotor o vehículo asimilable en siniestros con participación de dos vehículos de los que uno de ellos sea de tercera categoría.

2.6. Siniestros en los que participen vehículos asegurados en entidades declaradas judicialmente en concurso o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros

De acuerdo con lo establecido en la legislación vigente, el Consorcio de Compensación de Seguros asumirá, en los mismos términos en que lo hubiera hecho la aseguradora, las obligaciones pendientes de aquellas que se encontrasen en los supuestos antes definidos, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Se remitirá al Consorcio de Compensación de Seguros copia de los partes de asistencia correspondientes a las facturas pendientes de pago de cada aseguradora de las referidas, adjuntando documentación acreditativa de que, en el plazo determinado en este Convenio, fueron remitidas a las entidades aseguradoras.
- b) El Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá el pago de facturas emitidas por prestaciones realizadas en un plazo superior a un año antes de declararse el concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros, en aplicación del artículo 11 del texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Circulación de Vehículos a Motor (Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre), salvo que quede justificada documentalmente la interrupción de la prescripción.
- c) Declarado el concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros de una aseguradora, el Consorcio de Compensación de Seguros atenderá extrajudicialmente los pagos pendientes de esta entidad que se hubiesen reclamado judicialmente, siempre que se acredite el correspondiente desistimiento de los procesos iniciados.
- d) El Consorcio de Compensación de Seguros se compromete a comunicar a las partes firmantes del Convenio todos los casos de entidades aseguradoras que se encuentren en las situaciones descritas.

TERCERA. NORMAS DE PROCEDIMIENTO

Las partes firmantes de este Convenio se someten a las siguientes normas de procedimiento, que regulan las actuaciones de las partes, derivadas de una prestación sanitaria a un lesionado en accidente de tráfico.

3.1. Partes de asistencia

3.1.1. Parte de asistencia de URGENCIA

Los centros asistenciales se obligan a cursar en el plazo de quince días naturales, a contar desde la recepción de un lesionado, a las entidades aseguradoras de los vehículos intervinientes o al Consorcio de Compensación de Seguros de los vehículos intervinientes en el siniestro, un parte de asistencia de urgencia por cada lesionado, según modelo correspondiente (Anexo III), cumplimentando, de manera obligatoria, todos los datos exigidos en el mismo.

El envío del parte de asistencia en plazo superior al señalado en el párrafo anterior dará lugar a la posibilidad de rechazo de la asistencia por parte de la entidad aseguradora. La falta de cumplimentación de datos no obligatorios del parte de acuerdo con lo previsto en el Anexo III no se asimilará en ningún caso a la no presentación de mismo.

3.1.2. Causas de rechazo del parte de asistencia de URGENCIA:

Las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán en el plazo máximo de quince días naturales desde la recepción de la notificación, contestar al centro asistencial remitente de un parte de asistencia de urgencia, comunicando el rechazo de los gastos asistenciales a que se refiere el parte. De no contestar en el referido plazo se entenderán aceptados. En el caso de partes no cumplimentados correctamente no se aplicará el plazo señalado anteriormente hasta que por el prestador de servicio no se haya procedido a su total cumplimentación.

Siendo las causas de rechazo:

- No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio.
- No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.

- No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- No tratarse de un hecho de la circulación.

3.1.3. Parte de primera asistencia y del resto de las atenciones sanitarias

Los centros asistenciales se obligan a cursar en el plazo de quince días naturales, a contar desde la recepción de un lesionado, a las entidades aseguradoras de los vehículos intervinientes o al Consorcio de Compensación de Seguros de los vehículos intervinientes en el siniestro, un parte de asistencia por cada lesionado, según modelo correspondiente (Anexo III-bis), cumplimentando, de manera obligatoria, todos los datos exigidos en el mismo.

El envío del parte de asistencia en plazo superior al señalado en el párrafo anterior dará lugar a la posibilidad de rechazo de la asistencia por parte de la entidad aseguradora. La falta de cumplimentación de datos no obligatorios del parte de acuerdo con lo previsto en el Anexo III-bis no se asimilará en ningún caso a la no presentación de mismo.

Cuando se trate de reingresos o asistencias ambulatorias posteriores al alta o no continuadas, efectuadas dentro del plazo de curación total de un lesionado, deberá igualmente comunicarse a la entidad aseguradora o al Consorcio de Compensación de Seguros mediante nuevo parte de asistencia, haciendo mención expresa en el mismo a los datos del accidente y situación de las lesiones que motivan el reingreso o nuevo tratamiento ambulatorio.

3.1.4. Causas de rechazo del parte de primera asistencia y del resto de las atenciones sanitarias:

Las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán en el plazo máximo de quince días naturales desde la recepción de la notificación, contestar al centro asistencial remitente de un parte de asistencia, comunicando el rechazo de los gastos asistenciales a que se refiere el parte, de forma DOCUMENTADA, justificando y argumentando los motivos del rechazo (FIVA, atestados, informes médicos, jurídicos, estudios de biomecánica complementados con informe médico, etc.). De no contestar en el referido plazo se entenderán aceptados. En el caso de partes no cumplimentados correctamente no se aplicará el plazo señalado anteriormente hasta que por el prestador del servicio no se haya procedido a su total cumplimentación.

Siendo las causas de rechazo:

- No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio
- No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago
- No tratarse de un hecho de la circulación
- Existencia probada de fraude
- No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda
- Transcurso de los plazos previstos en el Convenio
- Falta de relación causal entre las lesiones sufridas en el accidente y los daños que originan la asistencia facturada, entendiendo como tal la concurrencia de alguno de los siguientes criterios:
 - *Cronológico*: si no existe continuidad entre el hecho lesivo traumático y el momento en que aparece el daño, debido al tiempo transcurrido desde el accidente o desde la última asistencia.
 - *De intensidad*: si la intensidad del hecho lesivo traumático, no es suficiente para causar el daño producido.
 - *Topográfico*: si la zona afectada por el hecho lesivo traumático no se corresponde con la zona en la que aparece el daño.
 - *De exclusión*: existencia de otra causa que de forma exclusiva es el origen del daño producido.

El criterio fundamental que debe expresar la relación causal entre las lesiones sufridas en el accidente y los daños que originan la prestación es el "criterio de verosimilitud", basado tanto en la certeza del diagnóstico como en los criterios científicamente establecidos por los protocolos y guías clínicas publicados por las sociedades médicas relacionadas con la especialidad de cada caso.

Una vez rechazada la aplicación del Convenio por alguna de las causas previstas en el mismo, el centro asistencial podrá actuar, en la atención al lesionado, conforme estime más oportuno para la defensa de sus intereses.

3.1.5. Comunicación de cambio de diagnóstico

En el caso de producirse un cambio de diagnóstico o agregación de otro, durante el proceso asistencial, deberá comunicarse, debidamente documentado, a la entidad aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros, en el plazo de quince días.

3.2. Interrupción de aplicación de convenio y del pago de la asistencia sanitaria

En los supuestos en los que haya sido aceptado un parte de asistencia de urgencia, primera asistencia o resto de asistencias, y posteriormente se tenga conocimiento de la existencia de alguna de las causas de rechazo previstas para la no aceptación del mismo, se pondrán en conocimiento del centro asistencial para informarle de que a partir de ese momento no se asumirá ningún tipo de asistencia más, y sólo se podrá facturar la asistencia prestada hasta la comunicación.

Una vez comunicada esta circunstancia, el centro asistencial podrá actuar, en la atención al lesionado, conforme estime más oportuno para la defensa de sus intereses.

Las prestaciones por asistencias sanitarias serán facturables y, por lo tanto, con obligación de pago para la entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros, hasta el momento en que dicha entidad o Consorcio de Compensación de Seguros comunica al centro el rechazo del pago de las mismas.

3.3. Declaración responsable

En el supuesto de un siniestro ocasionado por un vehículo robado o sin seguro, el centro asistencial acompañará al parte o partes de asistencia, una declaración responsable de las circunstancias del mismo, suscrita y firmada por el accidentado, testigos del accidente o por aquellos que les prestaron auxilio, acompañada de fotocopia del documento nacional de identidad del firmante, según modelo que figura como Anexo IV al Convenio. En tanto no se obtenga tal declaración, el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de la aceptación de los gastos de asistencia a que se refiera el parte, salvo que por el centro asistencial se manifieste, mediante declaración responsable, excepcionalmente, la imposibilidad de obtención de tal declaración, indicando los trámites realizados a tal efecto, sin que en ningún caso esta remisión pueda demorarse más de sesenta días después de emitido el parte de asistencia, transcurridos los cuales, el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de asumir los gastos correspondientes al lesionado.

3.4. Facturación de las asistencias

Las facturas presentadas por los centros asistenciales deberán detallar los conceptos facturados con las fechas de realización de los mismos. Asimismo, deberán contener los datos identificativos del siniestro, de la víctima y del/los vehículos implicados.

Los conceptos facturados según las tarifas incluidas en el presente Convenio comprenderán todas las asistencias realizadas hasta el alta correspondiente, debiéndose acompañar en este caso, junto con la factura, el correspondiente informe médico de alta con la descripción del tratamiento realizado. En el caso de tratamiento asistencial de duración superior a treinta días, los conceptos facturables deberán ser emitidos y remitidos a la entidad aseguradora o al Consorcio de Compensación de Seguros con periodicidad mensual, acompañados de un informe médico con el estado actualizado del lesionado.

Las entidades aseguradoras o el Consorcio de Compensación de Seguros podrán solicitar al centro asistencial las aclaraciones oportunas al contenido de las facturas.

En ningún caso se demorará la presentación de facturas por un período superior a un año, desde la fecha de la última asistencia continuada incluida en la factura. La entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros podrán rechazar aquellas facturas presentadas fuera del citado plazo, así como aquéllas que, presentadas dentro del plazo, no fueran objeto de reclamación por un período de dos años.

Presentadas las facturas ante las entidades aseguradoras o el Consorcio de Compensación de Seguros, éstos deberán hacer efectivo su importe, siempre que sea de su conformidad, dentro de los treinta días naturales siguientes. Si la entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros discrepasen del contenido o del importe de la factura deberán manifestar el motivo que justifica su disconformidad dentro del plazo anteriormente citado. De no hacerlo, la factura se entenderá tácitamente aceptada por la entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros, en cuyo caso éstos dispondrán de un plazo de diez días naturales para hacer efectivo el importe de la factura. En el supuesto de que no lo hagan así, el centro asistencial acudirá a la Subcomisión correspondiente para que ésta emita el pertinente certificado de impago al objeto de que aquél pueda reclamar judicialmente el pago al precio de sus propias tarifas.

La disconformidad de la entidad aseguradora o del Consorcio de Compensación de Seguros manifestada sobre el contenido o importe de las facturas comunicada al centro asistencial dentro del plazo de treinta días naturales establecido al efecto, deberá

ser puesta en conocimiento de la Subcomisión de Vigilancia y Arbitraje correspondiente, que deberá resolver lo procedente a tenor de lo establecido en las cláusulas del presente Convenio, a la vista de la documentación que obre en poder de las partes en conflicto y sobre la que hagan valer su derecho en dicho caso.

3.5. Rechazo de facturas

Únicamente procederá la negativa de una entidad aseguradora o del Consorcio de Compensación de Seguros a hacerse cargo de facturas de los gastos asistenciales en los siguientes supuestos:

- Rechazo previo y justificado, conforme a las normas del Convenio, del parte de asistencia.
 - No envío del parte de asistencia por el centro asistencial.
 - Transcurso de los plazos previstos en el Convenio.
- Asistencias sanitarias realizadas con posterioridad a la comunicación de la Entidad Aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros de que no se asumirá ningún tipo de prestación más.

En el caso de la Urgencia, si se aceptó el parte de asistencia la aceptación de la factura será automática.

CUARTA. COMISIÓN Y SUBCOMISIONES DE VIGILANCIA

Se constituye una Comisión de Vigilancia dentro del marco del presente Convenio, que velará por el adecuado cumplimiento de sus estipulaciones.

Asimismo se podrán constituir distintas Subcomisiones de ámbito territorial a propuesta de las partes firmantes, que deberán ser aprobadas por la Comisión Nacional.

Los centros asistenciales, así como las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio se obligan a someter las diferencias que en la aplicación del mismo puedan surgir a las Subcomisiones de Vigilancia correspondientes. Las Subcomisiones, en su caso, podrán trasladar dichas diferencias a la Comisión de Vigilancia.

4.1. Miembros de la Comisión y Subcomisiones

La Comisión, y las Subcomisiones en su caso, estarán integradas por los representantes designados por cada una de las partes firmantes del presente Convenio, no pudiendo exceder de dos por cada una de ellas, salvo para UNESPA que no podrá exceder de tres representantes. En todo caso y dependiendo de si los temas a tratar lo requieren, cada uno de los representantes designados podrá incorporar un asesor técnico, sin capacidad de voto.

La designación de los miembros es libre, con el único requisito de la comunicación de su nombramiento o sustitución al resto de firmantes del Convenio.

La Comisión Nacional se reunirá al menos una vez al trimestre y, en todo caso, a petición de cualquiera de las partes con un preaviso de quince días. Las Subcomisiones una vez cada dos meses o extraordinariamente a petición de las partes.

4.2. Funciones de la Comisión de Vigilancia

Son funciones de la Comisión de Vigilancia, siendo sus resoluciones de carácter vinculante y de obligado cumplimiento para las partes, las siguientes:

- 1ª. Interpretar el Convenio en aquellas cuestiones que le sean sometidas por las partes.
- 2ª. Dirimir los desacuerdos existentes entre los Centros Asistenciales y entidades aseguradoras o el Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio, así como aquellos que le sean derivados por las distintas Subcomisiones.
- 3ª. Unificar criterios y dirimir las diferencias entre las resoluciones que se acuerden en las distintas Subcomisiones, caso de que las hubiera.
- 4ª. Proponer, y aprobar en su caso, las modificaciones y ampliaciones que deban incorporarse al Convenio para perfeccionar y completar su contenido.
- 5ª. Establecer las tarifas aplicables, en su caso, a nuevas técnicas y tratamientos que aparezcan durante la vigencia del Convenio, siempre que no sean susceptibles de asimilación a otras existentes.
- 6ª. Estudiar y dar de alta o baja en el Convenio a aquellos centros asistenciales y entidades aseguradoras que libre y voluntariamente manifiesten su voluntad de

adhesión o baja en el mismo, independientemente de que estén o no integrados en cualesquiera de las asociaciones firmantes del Convenio.

- 7ª. Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio a fin de facilitar el ejercicio de las acciones legales que correspondan.
- 8ª. La Comisión Nacional de Vigilancia podrá trasladar a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones las actuaciones de aquellas entidades aseguradoras o Consorcio de Compensación de Seguros que injustificadamente demoren el pago de las facturas ajustadas a lo dispuesto en el presente Convenio.
- 9ª. Redactar y consensuar un manual de funcionamiento interno de las Subcomisiones.

4.3. Funciones de las Subcomisiones de Vigilancia

Son funciones de las Subcomisiones de Vigilancia, siendo sus resoluciones de carácter vinculante y de obligado cumplimiento para las partes, las siguientes:

- 1ª. Dirimir los desacuerdos existentes entre los centros asistenciales y entidades aseguradoras y Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio.
- 2ª. Proponer a la Comisión de Vigilancia dar de alta o baja en el Convenio a aquellos centros asistenciales que libre y voluntariamente manifiesten su voluntad de adhesión o baja en el mismo, salvo que estén integrados en cualesquiera de las asociaciones firmantes del Convenio.
- 3ª. Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio a fin de facilitar el ejercicio de las acciones legales que correspondan.
- 4ª. Todas aquellas funciones que la Comisión de Vigilancia les delegue

4.4. Resoluciones de la Comisión y Subcomisiones

Los centros asistenciales, así como las entidades aseguradoras adheridas al Convenio y el Consorcio de Compensación de Seguros se obligan a someter las diferencias que en la aplicación del mismo puedan surgir a las Subcomisiones de Vigilancia correspondientes. Las Subcomisiones, en su caso, podrán trasladar dichas diferencias a la Comisión de Vigilancia.

Las resoluciones de la Comisión Nacional y de las Subcomisiones de Vigilancia serán vinculantes y de obligado cumplimiento en el plazo de 30 días naturales desde su comunicación, siendo finalizadoras del procedimiento interno establecido por las partes. No obstante, las resoluciones de las Subcomisiones pueden ser excepcionalmente revisables ante la misma Subcomisión que la emitió.

Los centros asistenciales, las entidades aseguradoras que se adhieran a este Convenio y el Consorcio de Compensación de Seguros se comprometen a cumplir las resoluciones de la Comisión o Subcomisión de Vigilancia correspondiente.

No obstante, en el caso de que dichas resoluciones no se cumplieran por cualquiera de las partes en el plazo establecido en este apartado, en última instancia, las partes serían libres de acudir a la vía judicial para poder hacer efectivas sus pretensiones.

4.5. Interlocutores

Como un paso previo al sometimiento del asunto a la Subcomisión correspondiente, las partes podrían someter de forma voluntaria el asunto de que se trate a los interlocutores designados al efecto.

La falta de acuerdo o respuesta del interlocutor requerido en el plazo de treinta días naturales desde que se le hubiera sometido el asunto, permitirá a la parte afectada someter la controversia a la Subcomisión.

Se nombrarán dos interlocutores por cada una de las partes, con indicación de sus respectivas plazas de residencia, domicilio, teléfono y email, siendo coincidente la duración de su cargo con la del presente convenio.

QUINTA. PUBLICIDAD Y COMUNICACIONES

5.1. Publicidad

Las partes suscriptoras del presente Convenio se comprometen a dar la publicidad y difusión necesaria del mismo, para su general conocimiento y cumplimiento.

5.2. Comunicaciones

Si los acuerdos de la Comisión Nacional de Vigilancia adoptan la forma de criterio general a aplicar en lo sucesivo en el marco del Convenio, esta Comisión quedaría obligada a la difusión del mismo mediante circular que será comunicada a las partes, quedando éstas a su vez obligadas a dar traslado del criterio general a todos los centros asistenciales, Consorcio de Compensación de Seguros y entidades aseguradoras representadas por cada una de ellas.

Todas las comunicaciones y notificaciones tanto de los centros asistenciales como de las entidades aseguradoras y del Consorcio de Compensación de Seguros deberán ser realizadas, de manera preferente, mediante el sistema CAS, o en todo caso de forma fehaciente por escrito, mediante correo electrónico, correo certificado, fax o cualquier otro medio aceptado en derecho.

5.3. Información clínica

De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 6 y 11.5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y con la estipulación cuarta, todas aquellas personas que puedan tener acceso a datos de carácter personal relacionado con la salud vienen obligadas al deber de confidencialidad, a cuyos efectos las partes firmantes vigilarán de su cumplimiento.

El centro asistencial que esté prestando la asistencia sanitaria al lesionado en un hecho de la circulación se obliga en el plazo de diez días naturales, y a petición de la entidad aseguradora obligada al pago o del Consorcio de Compensación de Seguros, en aplicación de las normas del Convenio, al envío de un informe de evolución de lesiones.

Las cesiones de datos derivadas de la aplicación del Convenio no requerirán el consentimiento de las personas lesionadas, conforme se establece en el artículo 11.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, así como en el artículo 10.2 del Reglamento que la desarrolla, RD 1720/2007, de 21 de diciembre. En cualquier caso toda comunicación de datos realizada al amparo del Convenio se sujetará a aquellos que sean los adecuados, pertinentes y no excesivos en relación a la finalidad de la comunicación.

SEXTA. COMISIÓN PARITARIA

Las discrepancias que pudieran surgir entre el Consorcio de Compensación de Seguros y cualquiera de las entidades aseguradoras representadas en el Convenio,

o entre estas últimas, acerca de si existe o no existe contrato de seguro, como asimismo si está o no está vigente el mismo y, consecuentemente, acerca de cuál es la entidad obligada al pago de los gastos asistenciales, se resolverán por una Comisión integrada por un representante de UNESPA y otro del Consorcio de Compensación de Seguros en un plazo máximo de dos meses desde el acuerdo de su remisión, comunicando el acuerdo adoptado a la Aseguradora obligada al pago y en su caso al Consorcio de Compensación de Seguros y al centro asistencial en el plazo de un mes.

SEPTIMA. ALTAS Y BAJAS

7.1. Altas

A la entrada en vigor del Convenio, los Centros Asistenciales, y las entidades aseguradoras que deseen suscribir al mismo, deberán firmar el correspondiente boletín de adhesión.

Las altas de centros asistenciales y entidades aseguradoras posteriores a la entrada en vigor del presente Convenio, se notificarán fehacientemente a la Comisión Nacional de Vigilancia, debiendo ser notificadas por ésta a los firmantes de este Convenio.

Podrán incorporarse al Convenio todos aquellos centros asistenciales, estén o no adheridos a alguna de las asociaciones firmantes, que reúnan los requisitos técnicos establecidos en el mismo (Anexo II).

Las solicitudes de altas y recalificaciones de los centros asistenciales integrados en alguna de las asociaciones firmantes del Convenio deberán ser propuestas, presentadas y firmadas por la dirección de la asociación de la que formen parte, la cual se responsabilizará de aportar, a efectos de la clasificación del centro, un certificado en relación a la dotación sanitaria del mismo, junto a la correspondiente ficha técnica debidamente cumplimentada y una copia de la autorización administrativa de funcionamiento emitida por la Comunidad Autónoma respectiva. En el caso de centros asistenciales no integrados en alguna de las asociaciones firmantes de este convenio, sus legales representantes deberán acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Anexo II, a efectos de clasificación del centro, y aportar la correspondiente ficha técnica debidamente cumplimentada, así como una copia de la autorización administrativa de funcionamiento emitida por la Comunidad Autónoma respectiva.

Por lo que se refiere a las entidades aseguradoras, podrán incorporarse al Convenio, todas aquellas que así lo deseen, independientemente de que estén o no adheridas a UNESPA.

7.2. Bajas

Las bajas de los centros asistenciales y entidades aseguradoras, se notificarán fehacientemente a la Comisión Nacional de Vigilancia con al menos dos meses de anticipación a la fecha efectiva de la misma y con el compromiso de asumir los siniestros que se produzcan hasta esa fecha. La baja será notificada por la Comisión Nacional de Vigilancia a las partes.

ESTIPULACIÓN FINAL

Las partes firmantes del presente Convenio manifiestan su voluntad en el cumplimiento estricto de las estipulaciones acordadas, en beneficio de las mutuas relaciones, así como de los perjudicados amparados por el seguro de responsabilidad civil derivada del uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria.

ANEXO I. TARIFAS 2014, 2015, 2016 Y 2017

TARIFAS 2014

Régimen hospitalario

I. Módulo quirúrgico: 1.727,31.- euros

Estarán incluidas en este concepto todas aquellas intervenciones quirúrgicas, propias de alguna especialidad, que precisen obligatoriamente de la participación de un anestesista y de cuidados postoperatorios en una unidad de recuperación postanestésica.

En el importe del módulo estarán incluidos todos los gastos que conlleve una intervención quirúrgica: anestesista, quirófano, ayudantes, material, etc.

Este módulo será compatible con la facturación de las estancias y aplicable a cuantas intervenciones, de las incluidas en la definición, sean realizadas.

II. Estancia diaria con pensión completa, con inclusión de honorarios médicos, para estancias hasta de 6 días:

Grupo A: 391,52.euros

Grupo B: 259,10 euros

Grupo C: 1230,31 euros

III. Estancia diaria con pensión completa, con inclusión de honorarios médicos, para estancias de más de 6 días:

Grupo A: 316,67 euros

Grupo B: 230,31 euros

Grupo C.1: 149,70 euros

En caso de traslado de un centro hospitalario a otro, o reingreso en centro distinto de aquél en que se hubiere recibido asistencia inicialmente, el cómputo de días, a efectos de facturación, se realizará a partir del primer día de ingreso en el primer centro en que fue

ingresado, excepto aquellos casos en que hayan transcurrido más de treinta días desde el alta hospitalaria previa. Los días de estancia en la unidad de cuidados intensivos, UCI no se tendrán en cuenta a efectos de la aplicación de tramos de estancias ordinarias.

En los supuestos de re intervenciones debidas a complicaciones de la patología inicial, las estancias volverán a facturarse desde el primer tramo.

IV. Unidad de Cuidados Intensivos, UCI.

Cuando por la naturaleza de las lesiones se requiera estancia en UCI, éstas se facturarán a razón de 921,25. euros día.

Régimen ambulatorio

V. Urgencias sin ingreso: 247,44.- euros

Incluirá la primera asistencia prestada al lesionado después del accidente, en un plazo máximo de 72 horas, no debiendo, por lo tanto, haber recibido ningún tratamiento anterior, independientemente de que el mismo haya sido prestado en la sanidad pública o privada.

Solamente será facturable por los centros hospitalarios que dispongan de la correspondiente área de urgencias y que cuenten con equipo traumatológico de presencia física continuada.

No procederá su facturación cuando, después de la exploración, el lesionado quede ingresado en el Centro Hospitalario.

VI. Primera asistencia ambulatoria:

Grupo A: 226,76 euros

Grupo B: 200,40 euros

Grupo C.1 y C.2: 84,38 euros

Quedan incluidas en esta cantidad cuantas actuaciones básicas hayan de efectuarse en el centro asistencial para la determinación y tratamiento del paciente. Cuando proceda de otro centro en el que haya recibido una primera asistencia ambulatoria,

cualquier asistencia posterior tendrá consideración de visita sucesiva dentro del mismo municipio.

No procederá su facturación cuando, después de la exploración, el lesionado quede ingresado en el centro hospitalario.

VII. Consultas sucesivas, consultas de alta e interconsultas:

Grupo A: 105,47 euros

Grupo B: 84,38 euros

Grupo C.1 y C.2: 52,74 euros

Se entenderá que, en cada una de las asistencias ambulatorias, estarán incluidos todas las pruebas necesarias, diagnósticos y determinación de tratamientos que se realicen.

Solamente podrán facturarse un máximo de dos visitas sucesivas cada 30 días o tres en el caso de alta definitiva.

Asimismo, y solo para los centros del Grupo A se podrá facturar una única interconsulta de otra especialidad, cuando la misma sea necesaria, debiéndose justificar la necesidad de la misma.

VIII. Rehabilitación. Por sesión diaria, cualquiera que sea el número de técnicas empleadas:

Grupo A: 18,98 euros

Grupo B: 18,98 euros

Grupo C .1 y C.2.: 15,82 euros

Cuando el domicilio del lesionado esté situado fuera del término municipal o municipio limítrofe con el que se dé una continuidad urbanística donde esté ubicado el centro asistencial, este deberá solicitar autorización a la entidad aseguradora para iniciar el tratamiento rehabilitador, si no se produce contestación en el plazo de tres días naturales se entenderá otorgada la misma.

IX. Módulo raquis vertebral

Grupo A: 860 euros

Grupo B: 860.euros

Grupo C.1 y C.2.: 550 euros

Traumatismo cerrado sobre el raquis vertebral con afectación exclusiva de partes blandas sin patología orgánica asociada

El diagnóstico tributario de tratamiento incluirá cualquier nomenclatura de patología vertebral que reúna las características descritas (latigazo cervical, esguince cervical, cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, contracturas paravertebrales, etc.) con afectación de una o varias regiones de la columna vertebral. Deberá ser el diagnóstico principal en la visita inicial efectuada, 1ª visita ambulatoria, y por la exploración o la prueba complementaria efectuada no deberán objetivarse otras lesiones orgánicas de etiología postraumática que afecten al raquis vertebral.

Del mismo modo, si una vez iniciado el tratamiento se hallase alguna patología no diagnosticada inicialmente (fractura vertebral, patología traumática aguda de hombro, patología de hernia discal quirúrgica, etc.), la consideración de Módulo de tratamiento desaparecerá y el proceso asistencial seguirá el desarrollo habitual del Convenio de Asistencia Sanitaria, debiendo facilitar en este caso el diagnóstico mediante informe médico que lo acredite.

Tras la primera visita ambulatoria, y en el plazo de tiempo óptimo desde el punto de vista asistencial de 5-7 días, se realizará una visita sucesiva que determinará si se confirma el diagnóstico del módulo de patología sobre el raquis, en cuyo caso y a partir del inicio del tratamiento (rehabilitación, visitas ambulatorias, control prescripción farmacológica, etc.) será considerado el proceso asistencial de forma integral.

Si por el contrario la confirmación determina un proceso asistencial distinto debido a otras lesiones que descarten el proceso de patología sobre el raquis como diagnóstico principal, en este caso se podrá facturar la visita sucesiva de presunta confirmación independientemente de no haber transcurrido el plazo de tiempo determinado para las visitas sucesivas en el Convenio de Asistencia Sanitaria.

Desde el momento de la confirmación diagnóstica del proceso modular, el tratamiento rehabilitador deberá ser iniciado en un plazo máximo de 5 días, salvo mejor criterio médico que estará a disposición de ser consultado por la entidad aseguradora. En cualquier caso la frecuencia de las sesiones de rehabilitación que se efectúen, deberá cumplir criterios de optimización temporal del tratamiento sin demoras no justificadas.

Una vez finalizado el tratamiento del módulo de patología aguda sobre el raquis vertebral, el centro asistencial emitirá informe médico de alta en un plazo máximo de 15 días, en el que se recogerá el tratamiento seguido, si el alta se produce por restitución completa o bien con lesiones residuales y en este caso, descripción de las mismas.

El módulo solamente podrá ser facturado por el centro que haya diagnosticado y realizado el tratamiento completo, a la finalización del mismo y previa emisión del correspondiente informe de alta.

En el importe del módulo de R.V. estarán incluidos tanto la primera visita ambulatoria como las sucesivas o de alta médica, así como las pruebas complementarias, TC y RN y las sesiones de rehabilitación que se precisen para la atención del RV.

En los casos en los que el lesionado abandone el tratamiento, y no sea posible completar el proceso asistencial que requiera, desaparecerá la consideración de módulo, pasando el centro asistencial a facturar las actuaciones efectuadas según el Convenio vigente.

La entidad aseguradora podrá interrumpir el inicio del tratamiento de un lesionado diagnosticado de RV, en base a las causas descritas en el ámbito del Convenio. Si el tratamiento ha sido iniciado, deberá hacer frente al pago de los conceptos facturables realizados hasta aquel momento. Asimismo en el caso de que el lesionado, por causas ajenas al centro asistencial, abandone el tratamiento se deberán abonar, por parte de la entidad aseguradora, los conceptos facturables realizados hasta aquel momento.

Pruebas

X. Tomografía axial computerizada (TC) : 119,18 euros

XI. Resonancia nuclear magnética (RN): 183,52 euros

XII. Contraste: 63,28 euros

Serán facturables, excepto en los supuestos de RV, independientemente de cualquier otro concepto incluido en las tarifas del Convenio.

VARIOS

XIII. Gastos ortoprotésicos. Se considerarán como tales, a efectos del vigente Convenio, exclusivamente, aquellos correspondientes a material ortoprotésico de implantación quirúrgica que pudiera precisar el lesionado durante su tratamiento, los cuales serán detallados de forma individualizada a precio de coste, según factura.

Los fijadores externos se facturarán en un 1/3 del precio total de adquisición, debiéndose aportar copia de la factura correspondiente como justificante, a excepción de los elementos no reutilizables que se abonarán íntegramente a su precio de coste.

XVI. Transfusiones de sangre y hemoderivados

Se facturarán según el precio fijado en cada Comunidad Autónoma incrementado en un 10%.

Tarifas 2015, 2016 y 2017			
	2015	2016	2017
1. Módulo quirúrgico	1.796,41	1.868,26	1.942,99
2. Estancia diaria hasta 6 días			
Grupo A	407,19	423,47	440,41
Grupo B	269,46	280,24	291,45
Grupo C.1	239,52	249,10	259,07
3. Estancia diaria de más de 6 días			
Grupo A	329,34	342,52	356,22
Grupo B	239,52	249,10	259,07
Grupo C.1	155,69	161,92	168,39
4. UVI o UCI estancia diaria	958,10	996,42	1.036,28
5. Urgencias sin ingreso (sólo grupo a)	252,39	257,43	262,58
6. Primera asistencia ambulatoria			
Grupo A	226,76	231,30	235,93
Grupo B	200,40	204,40	208,49
Grupo C.1 y C.2	84,38	86,07	87,79
7. Consultas sucesivas, alta e interconsultas			
Grupo A	105,47	107,58	109,73
Grupo B	84,38	86,07	87,79
Grupo C.1 y C.2	52,74	53,79	54,87
8. Rehabilitación			
Grupo A	18,98	19,36	19,75
Grupo B	18,98	19,36	19,75
Grupo C.1 y C.2	15,82	16,14	16,46
9. Módulo raquis vertebral			
Grupo A (se incluyen TC y RN)	820,00	750,00	680,00
Grupo B (se incluyen TC y RN)	820,00	750,00	680,00
Grupo C.1 y C.2 (se incluyen TC y RN)	560,00	560,00	560,00
10. Tomografía axial computerizada -tc	119,18	119,18	119,18
11. Resonancia nuclear magnética	183,52	183,52	183,52
12. Contraste	63,28	63,28	63,28

ANEXO II. CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LOS CENTROS ASISTENCIALES EN EL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA 2014-2017

Los criterios de calificación de los centros asistenciales lo serán única y exclusivamente a los efectos tarifarios del Convenio.

No se podrá facturar ninguna tarifa de un grupo superior aunque se disponga de alguno de sus equipamientos. La calificación es por todas y cada una de las condiciones.

Criterios generales a todos los grupos

Contar con los pertinentes permisos para todos y cada uno de los servicios descritos en cada uno de los grupos de autorización y registro del centro sanitario en la Consejería de Sanidad de su Comunidad Autónoma.

Personal médico y fisioterapeutas adscritos al centro con atención permanente en el mismo.

GRUPO A. Centros hospitalarios que reúnan todas y cada una de las siguientes condiciones:

Área de Urgencias las 24 horas del día con atención médica continuada:

Atención urgente las 24 horas del día, por médico de urgencia, traumatólogo, internista y cirujano según demanda. Capacidad de monitorización completa y permanente de los accidentados.

Actividad Básica

1. Cirugía General. Cirugía mayor (ambulatoria y no ambulatoria) y cirugía de urgencia. Capacidad de intervención de complejidad. Quirófano aséptico diferenciado. Equipo de anestesia y reanimación de presencia física continuada.

2. Reanimación y cuidados intensivos. Unidad de cuidados permanente y diferenciada que permita la monitorización completa de los accidentados, con personal médico permanente adscrito.
3. Traumatología. Equipo de médicos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología de presencia física continuada.
4. Medicina Interna. Equipo de médicos especialistas en Medicina Interna con atención continua.
5. Hemoterapia. Servicio de Hemoterapia y Banco o Depósito de Sangre autorizado.
6. Farmacia hospitalaria. Con atención continuada.

Actividad Compleja

El Centro Hospitalario garantizará la asistencia continuada en el propio Centro y en el ámbito de las especialidades médicas siguientes: Cirugía Vasculard, Neurología, Neurocirugía, Oftalmología y ORL.

Servicios de Diagnóstico

1. Radiodiagnóstico. Área radiológica convencional adecuada a cualquier exploración ósea, además de TAC y RNM con servicio continuado. Deberá contar con un Médico Radiólogo con asistencia continuada.
2. Laboratorio. Con atención continuada.

Área de Rehabilitación

Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia, con fisioterapeutas de forma permanente y con la titulación oficial requerida para el desempeño de la actividad asistencial.

GRUPO B. Centros hospitalarios que reúnan, como mínimo, cada una de las siguientes condiciones:

Actividad Básica

1. Cirugía General. Cirugía ambulatoria con equipos de anestesia y reanimación, así como completa instalación y equipamiento.
2. Reanimación y cuidados continuados. Material básico para la RCP y conexión a centro del Grupo A para trasladar de forma urgente a lesionados en caso que fuera necesario.
3. Traumatología. Equipo de médicos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología con atención continuada.
4. Medicina interna. Equipo de médicos especialistas en Medicina Interna y/o familiar y comunitaria con atención continua y presencia física permanente.

Servicios de diagnóstico. Equipo radiológico convencional y portátil.

Área de Rehabilitación

Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia, con fisioterapeutas de forma permanente y con la titulación oficial requerida para el desempeño de la actividad asistencial.

GRUPO C.1. Centros hospitalarios que reúnan, como mínimo, cada una de las siguientes condiciones:

Actividad Básica

1. Reanimación y cuidados continuados. Material básico para la RCP y conexión a centro del grupo A para trasladar de forma urgente a lesionados en caso que fuera necesario.
2. Traumatología. Equipo de médicos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología con presencia física diaria.

Servicios de diagnóstico. Equipo radiológico convencional.

Área de Rehabilitación

Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia, con fisioterapeutas de forma permanente y con la titulación oficial requerida para el desempeño de la actividad asistencial.

GRUPO C.2. Centros asistenciales que reúnan, como mínimo, cada una de las siguientes condiciones:

Actividad Básica

1. Reanimación y cuidados continuados: Material básico para la RCP.
2. Traumatología: Médicos especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología y/o médico especialista en rehabilitación con presencia física diaria en el centro.

Área de Rehabilitación

Área de Rehabilitación, con zonas diferenciadas para mecanoterapia, fisioterapia, electroterapia y cinesiterapia, con fisioterapeutas de forma permanente y con la titulación oficial requerida para el desempeño de la actividad asistencial.

Hasta aquí, lo que viene reflejado en el convenio de asistencia privada. Pero debo suponer que lo que más interesa es mi opinión personal sobre el convenio de asistencia sanitaria del sector privado, que no dista mucho de la que mantengo sobre la del sector público, donde además nos encontramos con las trabas derivadas de la aplicación de la ley de protección de datos.

Debo decir que siendo un convenio cuya ideología, concepto y finalidad es adecuada, no deja de ser un mar de conflictos y desencuentros entre las gestoras de las clínicas privadas adheridas, léase administración y no se deje de lado a determinados servicios médicos.

El objeto del convenio debe definirse como social y con unas miras de garantizar la cobertura de las necesidades de los pacientes: La asistencia sanitaria integral, tanto hospitalaria como ambulatoria, prestada a los lesionados por hechos de la circula-

ción hasta su total sanación o estabilización de secuelas. Asimismo la simplificación y agilización de los trámites y gestiones administrativas. Bien es cierto que muchas ocasiones cubre con creces este objetivo, pero en muchas más es fuente de discordia, si bien debe señalarse que aunque no se puedan dar nombres, o no se deban, todos aquellos que tenemos responsabilidades dentro de las centrales de las compañías de seguros, podríamos referir la lista de las clínicas famosas, cual si fuera la lista de los Reyes Godos.

Debe señalarse que en su mayor proporción los problemas de desacuerdos surgen con la asistencia de los casos más leves y fundamentalmente con la aplicación del módulo de raquis vertebral.

Cuando un paciente acude a un servicio de urgencias de una clínica adherida a convenio, se inicia paralelamente lo que se llama el Dialogo CAS, por el cual se comunica el hecho y la asistencia de urgencia a dicho lesionado; para ello se tiene un plazo de 15 días; contando la compañía de seguros con otros 15 días para aceptar el parte de urgencias.

Hay 30 días, si bien a veces (no voy a referirme a la parte bonita del convenio y su funcionamiento adecuado) que con el parte de urgencias no es infrecuente que ya te llegue una serie de informes, a veces incomprensible, y como no, un diagnóstico de policoncusión, además del de esguince cervical, cervicalgia postraumática. Las posibles causas de rechazo son:

- No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio.
- No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.
- No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- No tratarse de un hecho de la circulación.

Hay otros 15 días para remitir el primer parte de asistencia sanitaria y si se tratase de un reingreso comunicar el motivo del mismo o de la asistencia ambulatoria.

La compañía de seguros cuenta con 15 días, para asumir o rechazar dicha asistencia; siendo los criterios de rechazo.

- No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio.
- No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.

- No tratarse de un hecho de la circulación.
- Existencia probada de fraude.
- No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- Transcurso de los plazos previstos en el Convenio.
- Falta de relación causal entre las lesiones sufridas en el accidente y los daños que originan la asistencia facturada, entendiendo como tal la concurrencia de alguno de los siguientes criterios:
 - Cronológico: si no existe continuidad entre el hecho lesivo traumático y el momento en que aparece el daño, debido al tiempo transcurrido desde el accidente o desde la última asistencia.
 - De intensidad: si la intensidad del hecho lesivo traumático, no es suficiente para causar el daño producido.
 - Topográfico: si la zona afectada por el hecho lesivo traumático no se corresponde con la zona en la que aparece el daño.
 - De exclusión: existencia de otra causa que de forma exclusiva es el origen del daño producido.

El criterio fundamental que debe expresar la relación causal entre las lesiones sufridas en el accidente y los daños que originan la prestación es el “criterio de verosimilitud”. Pero ojo con la coletilla del convenio:

Una vez comunicada esta circunstancia, el centro asistencial podrá actuar, en la atención al lesionado, conforme estime más oportuno para la defensa de sus intereses.

Y esto da pie a una hipotética patente de corso y es la puerta de entrada para la litigiosidad entre la administración de la clínica y el servicio de tramitación de la compañía de seguros. Porque la defensa de sus intereses ¿a quién se refiere? ¿al paciente? ¿a la clínica?.

Otro de los motivos de divergencia, suele ser el cambio de diagnóstico o que se agregue un nuevo diagnóstico, para lo cual volvemos a contar con 15 días para recibir la información adecuada.

En estos diálogos CAS, siempre la compañía de seguros y teniendo en cuenta las causas de rechazo, comunicará al centro asistencial, esa situación y nos encontramos que:

- Una vez comunicada esta circunstancia, el centro asistencial podrá actuar, en la atención al lesionado, conforme estime más oportuno para la defensa de sus intereses.
- Las prestaciones por asistencias sanitarias serán facturables y, por lo tanto, con obligación de pago para la entidad aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros, hasta el momento en que dicha entidad o Consorcio de Compensación de Seguros comunica al centro el rechazo del pago de las mismas.

Y lo normal es que se sigan desplegando las asistencias sanitarias que la clínica suele considerar, sin tener en cuenta esta situación de interrupción de la aplicación del convenio. lo que dará lugar a un cruce de escritos y justificaciones por ambas partes, si bien inicialmente los informes que se aportan por las clínicas suelen ser escuetos y exigentes por considerarse en posesión de la verdad absoluta y considerar que las compañías de seguros son compañías de asistencia sanitaria y ellos, las clínicas las que disponen lo que se debe hacer y no se debe preguntar.

Me estoy refiriendo al desacuerdo por los diagnósticos clínicos y por la asistencia sanitaria que se despliega, no entro en los desacuerdos por las cantidades facturadas, me ciño exclusivamente al concepto médico, si bien el rechazo de facturas se justificará exclusivamente

- Rechazo previo y justificado, conforme a las normas del Convenio, del parte de asistencia.
- No envío del parte de asistencia por el centro asistencial.
- Transcurso de los plazos previstos en el Convenio.
- Asistencias sanitarias realizadas con posterioridad a la comunicación de la entidad aseguradora o Consorcio de Compensación de Seguros de que no se asumirá ningún tipo de prestación más.

En el caso de la urgencia, si se aceptó el parte de asistencia la aceptación de la factura será automática.

El plazo para comunicar el rechazo es de 30 días naturales, y deberá ser puesta en conocimiento de la Subcomisión de Vigilancia y Arbitraje correspondiente.

Existe una Comisión de Vigilancia que velará por el adecuado cumplimiento de sus estipulaciones. Asimismo se podrán constituir distintas Subcomisiones de ámbito territorial a propuesta de las partes firmantes, que deberán ser aprobadas por la Comisión Nacional.

Los centros asistenciales, así como las entidades aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio se obligan a someter las diferencias que en la aplicación del mismo puedan surgir a las Subcomisiones de Vigilancia correspondientes. Las Subcomisiones, en su caso, podrán trasladar dichas diferencias a la Comisión de Vigilancia.

La Comisión, y las Subcomisiones en su caso, estarán integradas por los representantes designados por cada una de las partes firmantes del presente Convenio, no pudiendo exceder de dos por cada una de ellas, salvo para UNESPA que no podrá exceder de tres representantes. En todo caso y dependiendo de si los temas a tratar lo requieren, cada uno de los representantes designados podrá incorporar un asesor técnico, sin capacidad de voto.

La designación de los miembros es libre, con el único requisito de la comunicación de su nombramiento o sustitución al resto de firmantes del Convenio.

La Comisión Nacional se reunirá al menos una vez al trimestre y, en todo caso, a petición de cualquiera de las partes con un preaviso de quince días. Las Subcomisiones una vez cada dos meses o extraordinariamente a petición de las partes.

Y cabría hablar de quienes constituyen estas comisiones y subcomisiones y por qué.

Son funciones de la Comisión de Vigilancia, siendo sus resoluciones de carácter vinculante y de obligado cumplimiento para las partes, las siguientes:

- 1ª. Interpretar el Convenio en aquellas cuestiones que le sean sometidas por las partes.
- 2ª. Dirimir los desacuerdos existentes entre los centros asistenciales y entidades aseguradoras o el Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio, así como aquellos que le sean derivados por las distintas Subcomisiones.
- 3ª. Unificar criterios y dirimir las diferencias entre las resoluciones que se acuerden en las distintas Subcomisiones, caso de que las hubiera.

- 4ª. Proponer, y aprobar en su caso, las modificaciones y ampliaciones que deban incorporarse al Convenio para perfeccionar y completar su contenido.
- 5ª. Establecer las tarifas aplicables, en su caso, a nuevas técnicas y tratamientos que aparezcan durante la vigencia del Convenio, siempre que no sean susceptibles de asimilación a otras existentes.
- 6ª. Estudiar y dar de alta o baja en el Convenio a aquellos centros asistenciales y entidades aseguradoras que libre y voluntariamente manifiesten su voluntad de adhesión o baja en el mismo, independientemente de que estén o no integrados en cualesquiera de las asociaciones firmantes del Convenio.
- 7ª. Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio a fin de facilitar el ejercicio de las acciones legales que correspondan.
- 8ª. La Comisión Nacional de Vigilancia podrá trasladar a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones las actuaciones de aquellas entidades aseguradoras o Consorcio de Compensación de Seguros que injustificadamente demoren el pago de las facturas ajustadas a lo dispuesto en el presente Convenio.
- 9ª. Redactar y consensuar un manual de funcionamiento interno de las Subcomisiones.

Son funciones de las Subcomisiones de Vigilancia, siendo sus resoluciones de carácter vinculante y de obligado cumplimiento para las partes, las siguientes:

- 1ª. Dirimir los desacuerdos existentes entre los Centros Asistenciales y Entidades Aseguradoras y Consorcio de Compensación de Seguros adheridos al Convenio.
- 2ª. Proponer a la Comisión de Vigilancia dar de alta o baja en el Convenio a aquellos Centros Asistenciales que libre y voluntariamente manifiesten su voluntad de adhesión o baja en el mismo, salvo que estén integrados en cualesquiera de las asociaciones firmantes del Convenio.
- 3ª. Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio a fin de facilitar el ejercicio de las acciones legales que correspondan.
- 4ª. Todas aquellas funciones que la Comisión de Vigilancia les delegue.

Los centros asistenciales, así como las entidades aseguradoras adheridas al Convenio y el Consorcio de Compensación de Seguros se obligan a someter las diferencias que

en la aplicación del mismo puedan surgir a las Subcomisiones de Vigilancia correspondientes. Las Subcomisiones, en su caso, podrán trasladar dichas diferencias a la Comisión de Vigilancia.

Las resoluciones de la Comisión Nacional y de las Subcomisiones de Vigilancia serán vinculantes y de obligado cumplimiento en el plazo de 30 días naturales desde su comunicación, siendo finalizadoras del procedimiento interno establecido por las partes. No obstante, las resoluciones de las Subcomisiones pueden ser excepcionalmente revisables ante la misma Subcomisión que la emitió.

Los centros asistenciales, las entidades aseguradoras que se adhieran a este Convenio y el Consorcio de Compensación de Seguros se comprometen a cumplir las resoluciones de la Comisión o Subcomisión de Vigilancia correspondiente.

No obstante, en el caso de que dichas resoluciones no se cumplieran por cualquiera de las partes en el plazo establecido en este apartado, en última instancia, las partes serían libres de acudir a la vía judicial para poder hacer efectivas sus pretensiones.

Y hasta aquí, porque tanto si te dan la razón cómo si te la quitan, el planteamiento radica, en quién constituye esas comisiones y subcomisiones, y por qué ellos. Porque han sido seleccionados, porque pueden opinar de los conceptos de los demás y porque no se explican. Y no llegas a saber cuál es el concepto médico y te toca asumir por no incrementar la litigiosidad que ya nos engulle a todos.

Queda conocer qué futuro le espera al Convenio de Asistencia Sanitaria del Sector Privado, a partir del día 1 de enero de 2016, con el nuevo baremo y sus estipulaciones.

2. EL FUTURO DEL PERITO MÉDICO

Bernardo Perea Pérez

Director de la Escuela de Medicina Legal
Universidad Complutense de Madrid

La futurología no es una ciencia exacta. Realmente ni es una ciencia, ni mucho menos exacta. Por tanto ruego que no se pida a este ponente el don de la profecía. En esta presentación, intentaremos exponer los cambios a los que se tendrán que enfrentar los peritos de forma inminente, y las posibles consecuencias de los mismos.

En los últimos tiempos están emergiendo diversas circunstancias que están cambiando, y previsiblemente también aún más, la actividad pericial. Estos cambios son de muy diversa índole: legislativos, docentes, económicos, etc.

Sin ánimo de ser exhaustivo, los principales “factores de incertidumbre” que se adivinan serían:

- Cambios en los sistemas de valoración: los nuevos baremos
- Cambios en los sistemas de formación de los peritos
- Cambios en el papel de los Institutos de Medicina Legal y de los médicos forenses, en la actividad pericial “no penal”
- Cambios en la organización profesional de los peritos
- Intentos de propuesta de la actividad pericial por parte del Ministerio de Justicia
- Llegada al mundo de la dedicación de otros profesionales sanitarios (distintos de los médicos)
- Cambios en la supervisión (ética y legal) de la actividad pericial

CAMBIOS EN LOS SISTEMAS DE VALORACIÓN: LOS NUEVOS BAREMOS

Ya se ha hablado mucho sobre el nuevo baremo de tráfico, sobre sus ventajas y sus inconvenientes.

Este ponente, personalmente, considera que es bastante mejor que el anterior (siempre, por supuesto, con sus aspectos mejorables). Creo que el baremo de secuelas es mejor, que el daño emergente está mucho mejor valorado y, que en definitiva, es mejor para los grandes y lesionados. Pero no para las reclamaciones más frecuentes: las hiperextensiones cervicales, o como queramos llamarlas. Y esto puede “restringir” la actividad de algunos peritos.

Por contra, el sistema tiene, en mi opinión, un problema potencial: al medir mejor el perjuicio real sufrido por el lesionado, también se convierte en algo mucho más complejo de manejar. Y por lo tanto, también sujeto a una mayor variabilidad a la hora de ser interpretado.

Este hecho, a su vez, va a provocar que la “referencia conocida” que era el baremo antiguo, se pierda. Y las discrepancias entre peritos serán mayores.

Interpretar, sobre todo en los primeros tiempos de aplicación, conceptos como por ejemplo, el daño moral asociado al perjuicio estético o las necesidades de renovación de una prótesis, van a dar lugar a mucha controversia en los juzgados que sólo el tiempo y las sentencias de los tribunales irán aclarando.

Yo auguro (en concordancia con el título de esta charla) que la entrada en vigor del nuevo baremo de circulación y las diferencias de interpretación que sin duda provocarán, van a provocar un aumento en las solicitudes de informes a los peritos.

Y también tenemos que hablar del otro gran baremo, el “nunca rematado” baremo de responsabilidad civil profesional.

Considero que la valoración de la responsabilidad civil profesional va a ser más modificada por el nuevo baremo de tráfico que los propios accidentes de circulación. El hecho de que se amplíen las cuantías indemnizatorias correspondientes a los grandes lesionados, necesariamente va a provocar también un aumento en las indemnizaciones por daños sanitarios. Y esto va a suponer un problema para los sistemas públicos de salud y los propios profesionales sanitarios, que no tienen seguros de responsabilidad civil profesional adaptados a las nuevas cuantías.

Como saben ustedes, el Ministerio de Sanidad formó un grupo de trabajo para proponer un baremo sanitario. El grupo fue dirigido por el señor Sánchez Fierro y el profesor Borobia, y yo tuve el honor de formar parte de él. Los trabajos iban bastante avanzados cuando el impulso ministerial acabó, coincidiendo con el cambio de titularidad en el Ministerio y el proyecto al parecer ha quedado aparcado.

Creo que todos (o casi todos) estaremos de acuerdo con la necesidad de que exista un baremo obligatorio para las secuelas derivadas de la responsabilidad civil profesional sanitaria. La inseguridad jurídica que genera su ausencia es demasiado grande.

Después podremos discutir sobre su estructura y su "acoplamiento" con el baremo de tráfico (lo que parece completamente razonable). Personalmente considero que el baremo de tráfico debe ser el punto de partida, ampliando algunas secuelas (realmente no demasiadas) e introduciendo como "factor corrector" el estado anterior.

La aplicación del nuevo baremo de tráfico a la responsabilidad civil profesional sanitaria va a ser tan compleja (y va a modificar tanto los parámetros conocidos) que preveo que en este ámbito sí va a aumentar la petición de informes periciales.

Todos los que realizamos de forma más o menos frecuente actividades periciales sabemos que con el baremo de tráfico "antiguo" (relativamente sencillo de utilizar) encontramos frecuentemente valoraciones completamente erróneas (algunas demasiado), por la errónea utilización de este baremo. Cuando entre en vigor el nuevo baremo de circulación, vamos a ver cosas notables en la valoración de la responsabilidad civil profesional. Sobre todo por parte de los "peritos esporádicos".

CAMBIOS EN LOS SISTEMAS DE FORMACIÓN DE LOS PERITOS

En los últimos años hemos asistido a la disminución del número de cursos de formación de peritación y valoración del daño corporal, respecto a lo que ocurría previamente. La oferta formativa ha caído de forma clara. En la última búsqueda que realicé sólo encontré cuatro cursos con una cierta "entidad", los de la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad de Granada, la Universidad de Barcelona, y la UNED. Algunos de ellos son "títulos propios" de las diferentes universidades, y otros son "másteres oficiales". Pero en todo caso su número es menor. No tengo claro dónde van los futuros peritos a aprender la metodología pericial y a utilizar de forma solvente los nuevos baremos.

Por otro lado, en los próximos años va a cambiar completamente la especialidad de medicina legal y forense. Este curso académico se ha incorporado la última promoción de médicos especialistas que se formarán en régimen de "escuela". En la próxima convocatoria no se ofertarán plazas, y en la siguiente las que se oferten (en un número no determinado) lo harán bajo la denominación de "medicina forense" (nótese el cambio de denominación).

La Ley Orgánica del Poder Judicial, recientemente aprobada, incluye como requisito para poder presentarse a la oposición de médicos forenses, el estar en posesión de la especialidad de "medicina forense". Parece algo lógico (y reclamado desde antiguo), pero va a implicar un cambio en la formación, y sobre todo en los objetivos, de la especialidad. Lo que conocemos hasta el momento es que las unidades docentes estarán en los Institutos de Medicina Legal acreditados, que los residentes serán pagados por la Administración de Justicia (y no por sanidad), y que la formación de esta "nueva especialidad" irá dirigida a formar médicos forenses "de juzgado".

En la actualidad, la mayoría de los residentes que cursan la especialidad de medicina legal y forense en las distintas escuelas, son médicos ya especialistas (y trabajando) que hacen medicina legal para dedicarse sobre todo a la actividad pericial privada. En el futuro esto no será así. La desaparición del actual "régimen de escuela" para la formación de los especialistas, implica que se pedirá la dedicación exclusiva y que los especialistas (que saldrán en mucho menor número) irán en su mayoría a los juzgados. Y esto implicará una llegada menor de peritos formados al ámbito pericial privado.

CAMBIOS EN EL PAPEL DE LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL Y DE LOS MÉDICOS FORENSES EN LA ACTIVIDAD PERICIAL "NO PENAL"

Hasta ahora el papel de los médicos forenses estaba relativamente claro: una dedicación casi exclusiva al ámbito penal (con distintas excepciones en las que no vamos a entrar). Pero la reforma del Código Penal que entró en vigor el pasado mes de julio, implicará importantes cambios. La despenalización de las faltas está produciendo actualmente variaciones importantes, de forma directa en la actividad pericial de los médicos forenses, y de forma indirecta, en el resto de los peritos.

La despenalización de las faltas, sobre todo las asociadas a accidentes de tráfico (que por otro lado está siendo un proceso de implementación desigual en los juzgados), va a disminuir la actividad habitual de los médicos forenses. Pero saben ustedes, que la citada Ley Orgánica del Poder Judicial incluye la posibilidad (pendiente de una reglamentación futura) de que los médicos forenses realicen pericias en el ámbito civil, en

principio abonadas por las compañías aseguradoras. Las características “mínimas” de estos informes forenses civiles las está actualmente fijando el “Consejo Médico Forense”, y parece que incluiría entre otras cosas la necesidad de firma por dos forenses. La idea es que los Institutos de Medicina Legal se financien, al menos parcialmente, a través de estas aportaciones externas.

Aunque estos informes forenses civiles evidentemente podrán ser discutidos en sede judicial, también es evidente que su “eso” en los juzgados será muy alto. Y también que constituirán una referencia en torno a la cual se negocian los acuerdos extrajudiciales. Este hecho probablemente restringirá la actividad pericial privada en este campo.

Otro ámbito en el que desde hace tiempo, en algunos lugares aunque no en todos, la actividad de los médicos forenses está entrando en el ámbito civil es en el de la “justicia gratuita”. Con cierta frecuencia los informes periciales de justicia gratuita son remitidos a los Institutos de Medicina Legal para que sean informados. Esto también está influyendo en la actividad pericial privada.

CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN PROFESIONAL DE LOS PERITOS

Me estoy refiriendo específicamente a la aparición de “empresas” que intermedian de forma privada en la actividad pericial.

Realmente siempre ha habido “intermediarios públicos” como pueden ser las universidades, pero no privados (o al menos de forma importante como ahora).

No creo que la aparición de estas entidades de intermediación privada sea una buena noticia para los peritos que ejercen su profesión de forma liberal. Estas sociedades tienen mayor capacidad de influencia sobre, por ejemplo, las compañías aseguradoras o los sistemas públicos de salud. Y realmente estas “compañías de intermediación” al disponer de un mayor número de peritos, y de todas las especialidades, pueden responder más rápido a la demanda pericial.

Pero es evidente que estos intermediarios están ahí por algo, lógicamente por una parte de los honorarios profesionales que, de otra forma, irían directamente al perito. Y esto, en mi criterio, implicará una “proletarización” de una actividad que antes era básicamente liberal.

Conozco perfectamente la evolución de una profesión en la que también surgieron las compañías de intermediación: la odontología. Y les puedo asegurar que los resultados han sido catastróficos para los profesionales.

Una última reflexión a este respecto es que, por otro lado, es evidente que no se puede pedir el mismo grado de compromiso y dedicación a un perito que trabaja en estas condiciones, que a un perito que trabaja como profesional liberal.

INTENTOS DE ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD PERICIAL PRIVADA POR PARTE DEL MINISTERIO DE JUSTICIA

Es un hecho que el Ministerio de Justicia (o al menos los conocedores del problema) están preocupados por la "calidad" de los informes periciales. Tanto de los informes provenientes de los peritos que dependen de la propia administración, como de los peritos independientes.

En este sentido, y en referencia a los requisitos mínimos de los informes periciales emitidos por los médicos forenses a lesionados en accidentes de circulación, me consta que el Consejo Médico Forense está trabajando en una propuesta de "modelo" para este tipo de informes.

Pero también se está trabajando, de forma mucho más discreta, sobre la pericia privada. Parece que se quiere llegar a algún tipo de "documento de mínimos" en relación a la calidad de los informes periciales privados. En este sentido, encontrarán un importante escollo: la resistencia a cualquier intento de regulación de la actividad pericial por parte de la Comisión Nacional en la Competencia.

El marco legal que regula la actividad pericial es bastante claro y simple: el único requisito que se solicita, ciñéndonos a la pericia médica, es estar en posesión del "título oficial". Cuando los colegios profesionales comenzaron a intentar organizar los listados de peritos solicitando, por ejemplo, un cierto número de años de actividad profesional para poder inscribirse en los citados listados (algo por otra parte completamente razonable), la Comisión Nacional de la Competencia advirtió de la "restricción para la actividad profesional" que podría suponer esta práctica. Y todos sabemos lo que pueden suponer las "advertencias" de la Comisión Nacional de la Competencia en términos económicos.

LLEGADA A LA ACTIVIDAD PERICIAL DE OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Hasta hace relativamente poco tiempo, la actividad pericial sanitaria estaba casi por completo limitada a los médicos. Esto era debido a dos razones principalmente: la amplia "perspectiva sanitaria" que proporciona la licenciatura en medicina, y la pléto-ra profesional que empujó a muchos médicos a la actividad pericial.

Pero en los últimos años la situación se ha invertido. Junto con un importante déficit de médicos ha habido un excedente de otros profesionales sanitarios, y ello les ha empujado a la actividad pericial. Un ejemplo claro a este respecto es la "relación pericial" entre médicos y dentistas. Hace años, cuando todos los dentistas tenían que formarse en las Escuelas de Estomatología y su número era escaso, la actividad pericial sobre sus actividades (también escasa) la realizaban mayoritariamente los médicos. En la actualidad, el número de dentistas que salen de las facultades se ha disparado y per-ritan no sólo sobre su actividad profesional, sino también sobre "campos próximos". Y no es raro, por ejemplo, encontrar consideraciones psiquiátricas en informes periciales odontológicos. Esto también está sucediendo con podólogos, fisioterapeutas, ópticos, etc. Y no va a disminuir en el futuro.

CAMBIOS EN LA SUPERVISIÓN DE LA ACTIVIDAD PERICIAL (ÉTICA Y LEGAL)

Las referencias que tengo al respecto señalan un número cada vez mayor de reclama-ciones legales contra peritos, por distintos motivos. Y al parecer el más importante es por supuestas tergiversaciones (cuando no falsedades) en los informes.

Todos tenemos experiencia de la existencia de peritos que tienen pocos reparos en de-fender cualquier posición adecuadamente remunerada. Y esto es un problema para la propia Administración de Justicia, pero también es un desprestigio para el resto de los peritos. Esta situación probablemente está detrás del intento de regulación de la acti-vidad pericial por parte del Ministerio de Justicia que comentábamos anteriormente.

El problema es que, salvo la falsedad flagrante, es difícil para un "no médico" detectar y cuantificar una tergiversación en el ámbito clínico.

Otro problema colateral a éste, pero también importante, es la falta de seguro de responsabilidad civil para la actividad pericial de muchos "peritos esporádicos", que además no son conscientes del riesgo legal que corren. Y esta situación se produce sobre todo cuando estos peritos proceden del ámbito de la sanidad pública.

¿Qué entidad es en mi criterio la más indicada para valorar la corrección o incorrección de un informe pericial?. En mi criterio, y con muchas salvedades, las comisiones deontológicas de los colegios profesionales. Son las únicas instituciones con una cierta capacidad sancionadora que podrían intentar poner un poco de orden en la situación actual. El problema es que el funcionamiento de los colegios profesionales en general, y de las comisiones deontológicas en particular, no siempre es el óptimo. Y que no hay tampoco ninguna intención por parte de las administraciones públicas para facilitar su funcionamiento.

CONCLUSIONES

Como conclusión, y dado que me tengo que “mojar” en la visualización del futuro del perito médico, y sin ninguna capacidad profética, creo que los principales cambios en el futuro próximo serán los siguientes:

- Variación en el número de solicitud de pericias privadas. Aquí juegan varios factores que no me permiten “visualizar” bien el futuro: por un lado la progresiva judicialización de la sociedad (que debe aumentar el número de asuntos), por otro la “irrupción” de los médicos forenses en la pericia civil, por otro la complejidad del nuevo baremo de circulación, y otros factores menores.
- Aumento en la supervisión de la actividad pericial (por parte de la Administración de Justicia y probablemente también de las corporaciones profesionales). Esta supervisión probablemente vaya acompañada de unos “requisitos mínimos” para el ejercicio de la actividad pericial.
- Cambios en el modelo profesional, con un progresivo aumento de la importancia de los “intermediarios periciales”, y una progresiva disminución de los peritos que ejercen su actividad de forma liberal.

Y, si me permiten, quisiera terminar esta exposición con una propuesta: creo que la única arma que tienen los peritos independientes es fomentar y promover el asociacionismo. Es la única forma que se me ocurre de que la Administración escuche la voz de estos peritos. Y para que estas asociaciones sean realmente potentes, deben unificarse. La existencia de muchas asociaciones pequeñas y dispersas, salvo para la organización de encuentros lúdicos, es poco útil si lo que se quiere es que la Administración escuche su voz.

PARTE III

COMUNICACIONES

1. CRITERIO PERICIAL ANTE LA FIBROMIALGIA POSTRAUMÁTICA

J. R. García González-Betes

RESUMEN

La valoración del daño corporal de la fibromialgia (FM), como secuela postraumática derivada de accidentes, conlleva continuas polémicas y controversias. No hay publicados criterios o normas específicas que determinen las decisiones sobre valoración del daño corporal en el caso de la FM postraumática. Se hace indispensable una sistemática pericial específica, que atienda especialmente el estudio de la relación de causalidad y de algunas consideraciones sobre su valoración, para conseguir tener una visión más uniforme desde el punto de vista pericial. El establecimiento de la relación o nexo de unión entre el traumatismo y efecto (FM) es la pieza clave para la determinación de la imputabilidad médica o causalidad médico-legal. La bibliografía médica relevante consultada sobre el establecimiento de relación entre FM y traumatismo, recoge estudios contradictorios, que intensifica ya de por sí la problemática médico-legal de imputabilidad. Con los conocimientos actuales no hay certeza médica para establecer relación de causalidad entre FM y traumatismo. Los mecanismos de interacción son de tal complejidad que el grado de causalidad, de admitirse, se establecerá como de posible causa compartida o concausa, por la necesidad de la existencia de otros factores necesarios en la provocación de las consecuencias. La argumentación en este caso, debe ser sólida y razonada. Al no existir un valor suficiente de comprobación, la valoración médica debería quedar como una consideración médico-legal, pero nunca como una conclusión cierta.

1. JUSTIFICACIÓN

El propósito de esta exposición es analizar desde el punto de vista médico-legal, la valoración del daño corporal relacionada con una patología, la FM postraumática, para conseguir tener una visión más uniforme desde el punto de vista pericial (complejidad en la valoración del daño corporal de dicha entidad).

La valoración del daño corporal de la Fibromialgia (como secuela postraumática derivada de accidentes), conlleva continuas polémicas y controversias, con permanentes discrepancias en la valoración y calificación de dicha entidad, irrumpiendo como un problema médico-legal en España, por su gran complejidad, frecuencia cada vez más elevada, consecuencias económicas, sociológicas y repercusión sobre la medicina pericial.

El punto de discordia en la mayoría de los litigios, relacionados con esta entidad (FM), alegada como de carácter postraumático, radica en determinar si el origen o causa, fue el traumatismo sufrido tras el accidente o si, por el contrario, éste solo actuó como desencadenante de una dolencia que existía con anterioridad.

Es por ello que el concepto de “FM postraumática”, conlleva una mayor controversia y doble dificultad en la valoración del daño corporal (en cuanto a la certeza patogénica y relación de causalidad).

La reciente Ley 35/2015 de 22 de septiembre, que entrará en vigor el 1 de enero de 2016, establece en el artículo 32, que este sistema tiene por objeto valorar todos los perjuicios causados a las personas como consecuencia del daño corporal ocasionado por hechos de la circulación, regulados en esta Ley y, en su artículo 37 fija que la determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante informe médico ajustado a las reglas de este sistema.

La función del perito médico valorador del daño va a consistir en asesorar tanto a lesionados, asegurados, aseguradora, así como a la justicia siempre que a estos, se le plantee un problema en relación a la valoración del daño a la persona. Condición indispensable para determinar la responsabilidad civil, es la demostración de la *relación de la causalidad y valorar el estado anterior*, que en el caso de los daños personales depende principalmente del estudio del perito médico (llamada en el campo médico legal, imputabilidad médica o causalidad médico-legal).

La existencia de un estado patológico tras un accidente no significa que la lesión sea postraumática. Es necesario demostrar esa relación basándose en el establecimiento

de una serie de criterios de causalidad. Se considera inevitable y una misión importante del perito médico determinar con precisión lo que se ha debido al traumatismo y lo que no. En este contexto se hace indispensable una sistemática pericial específica, que atienda especialmente el estudio de la relación de causalidad y de algunas consideraciones sobre su valoración, cuestión que abordaremos en este estudio, específicamente en relación al diagnóstico de esta entidad (FM) unido al término “posttraumático”.

Concepto de Fibromialgia Postraumática

La FM es un síndrome, caracterizado por un grupo de signos y síntomas, que condiciona un estado doloroso generalizado, no articular, que afecta predominantemente a las zonas musculares y raquis, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos. Es un problema de salud pública dada su elevada prevalencia y morbilidad, su alto índice de frecuentación y el elevado consumo de recursos sanitarios que provoca.

La Fibromialgia ha sido reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 y en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.

Si bien se trata de una enfermedad bastante prevalente, la realidad epidemiológica de la misma no se conoce con exactitud debido a las importantes limitaciones metodológicas de los estudios publicados hasta la fecha. La etiopatogenia de la FM es todavía mal conocida, compleja y multifactorial. En esquema puede considerarse que en la fibromialgia el principal factor desencadenante es el estrés, en sentido amplio: estrés biológico (accidente, enfermedad, excesos físicos, etc.) y estrés psicológico (estados de apremio, dificultad y tensión). Ello obliga a pensar en un factor terreno individual en virtud del cual ante una situación de estrés los individuos predispuestos desarrollan mayormente una fibromialgia.

Greenfield en 1992 define la fibromialgia postraumática como aquellos casos de fibromialgia supuestamente provocados por un antecedente traumático y que se acompañan de una disfunción especialmente severa y de una alta probabilidad de incapacidad, estableciendo el mismo autor el diagnóstico de fibromialgia reactiva, informando del traumatismo como un factor precipitante en el origen de la enfermedad. Aunque el antecedente traumático se considera un posible factor desencadenante desde los años ochenta, ha resultado especialmente polémico a partir de los noventa.

En España no se dispone de datos generales ni tampoco de información específica sobre la repercusión postraumática de la Fibromialgia. Hoy por hoy es imposible dar el porcentaje, siquiera aproximado de personas afectas de FM que pueden indicar un traumatismo como inicio de su enfermedad.

2. VALORACION MEDICA DAÑO CORPORAL. FM POSTRAUMATICA

Con un propósito simplemente expositivo, estructuraremos los principales aspectos que consideramos hoy en día en la valoración médica del daño corporal de esta entidad médica –Fibromialgia–.

1. Criterios de objetivación.
2. Valoración médica del daño corporal de la FM postraumática.
3. La Fibromialgia postraumática en los baremos de seguros privados. Seguro de accidentes.
4. FM postraumática. Verdadero problema médico–legal.
5. Causalidad médico–legal de la FM postraumática.

2.1. Criterios de objetivación

No se dispone en esta entidad (FM) de ningún marcador o prueba de laboratorio *específica*, ya sea de tipo biológico, anatomopatológico o exploratorio-técnica que confirme el diagnóstico clínico y evalúe su gravedad.

En medicina, objetivo, es aquello que puede ser reconocido por el médico a través de los sentidos y suele oponerse a aquello que es del dominio privado y exclusivo del sujeto y que recibe el apelativo de subjetivo. En la práctica diaria, al no existir pruebas específicas validadas que confirmen el diagnóstico clínico de la FM y por ende evalúe su gravedad, obliga a clasificar al paciente por la respuesta subjetiva del mismo. Existe un extraño rechazo en la profesión médica a aceptar que la alteración de la función (disfunción) sea un factor patogénico importante.

2.2. Valoración médica del daño corporal en la FM Postraumática

¿Cuáles son los principales problemas que se plantea el perito médico a la hora de establecer el diagnóstico clínico y etiológico de esta entidad tan cuestionada desde el punto de vista médico-legal?

- Criterios diagnósticos únicamente clínicos, desarrollados y validados en la clínica, no habiendo sido validados en el marco médico-legal.
- No existe ninguna prueba objetiva, material, que permita evaluar o cuantificar la fibromialgia.
- Los estudios morfológicos, neurofisiológicos y metabólicos aportan unos hallazgos considerados inespecíficos, sin resultados concluyentes y de los cuales todavía no hay acuerdo sobre su uso.
- Actualmente no se dispone de ninguna metodología (validada) para separar la “verdadera” fibromialgia de la “falsa” (simulación) o del dolor “por todas partes”.
- Impedimento importante en la exigencia de cumplir dos condiciones fundamentales en la valoración del daño corporal, como es la evidencia médica objetiva del deterioro y la evidencia médica que corroboren la severidad del dolor alegado.

Todos estos defectos (reales y no solucionables al día de hoy) determinan una garantía insuficiente para los peritos médicos cuando valoran el daño a la persona, que pueden exigir algo más objetivo. Ello conlleva una problemática múltiple de la FM postraumática en relación con la valoración del daño corporal.

2.3. La FM postraumática en los baremos de seguros privados. Seguro de accidentes

El asegurador o compañía de seguros es una entidad privada, la cual está obligada a indemnizar, en caso de siniestro, a la persona física o jurídica, en base a lo que se haya establecido en un contrato o en una relación de responsabilidad civil extracontractual. Se pueden contemplar así mismo dos situaciones: los sistemas de carácter privado (seguros de fallecimiento, de accidente, de enfermedad y algunos de responsabilidad civil) y los sistemas privados que exige la intervención de un organismo público (seguros de responsabilidad civil de los accidentes de circulación, accidentes de viajeros, accidente de caza y otros).

Si en el ámbito de los seguros públicos, la valoración de la FM es compleja, en el ámbito de los seguros privados la problemática médico-legal se acrecienta, puesto que para una correcta valoración del síndrome postraumático de la FM, no se discute ya la realidad de estas dolencias y sintomatología asociada a los mismos (estado patológico), sino además la existencia de un nexo de causalidad entre una actuación y una consecuencia.

Es indudable que los distintos baremos existentes contemplan normas de utilización (obligatorias o recomendables), pero no da ni puede dar respuestas para cada tipo de secuelas (entre las que se incluye la FM postraumática).

La valoración del daño corporal en materia civil la definimos como el conjunto de conocimientos médico legales necesarios para asesorar a la Justicia sobre el nexo de causalidad y los distintos daños a la persona producidos, imprescindibles para su valoración.

Describiremos de forma escueta las normas de utilización de los principales baremos a utilizar en seguros de accidentes en relación a la entidad patológica a estudiar (FM postraumática):

Baremo de daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación

En la Ley 35/2015 de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios Ocasionados a las Personas en Accidente de Circulación que entrará en vigor el 1 de enero de 2016, en su artículo 97.1, describe la puntuación otorgada al perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial de cada secuela, según criterio clínico, tiene en cuenta su intensidad y gravedad desde el punto de vista anatómico funcional.

No hay publicados criterios o normas específicas que determinen las decisiones sobre valoración del daño corporal en el caso de FM postraumática en el ámbito de los accidentes de tráfico. Las decisiones son hechas "ad hoc", caso por caso, por tanto, no es generalizable. Los efectos pueden alegarse por el lesionado, pero no objetivarse y cuantificarse. Para que un médico pueda diagnosticar la FM postraumática, tiene que analizar la información de la evaluación clínica global.

De admitirse la FM como consecuencia de un accidente de tráfico, (FM postraumática), este baremo (de circulación) no recoge dichas secuela específicamente, siendo compleja su valoración por el carácter generalizado del síndrome doloroso. Si el perito médico considera su valoración por evidencias a favor de una relación causal, se

estimaría la valoración, comparándolas con las situaciones clínicas similares que se encuentran descritas y cuantificadas, siendo las secuelas más aproximadas de la reciente Ley aprobada 35/2015, la relacionada con algias postraumáticas de raquis y pelvis del Capítulo III (Sistema Músculoesquelético), en su Tabla 2.A.1, que le asigna una puntuación de 1 a 5 puntos (en relación con traumatismos menores de la columna vertebral). La Ley en su artículo 135.2 establece que la secuela que derive de un traumatismo cervical menor, se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el periodo de lesión temporal (y siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica de exclusión, cronológico, topográfico y de intensidad). Así mismo se recoge la valoración de hombro doloroso, codo doloroso, dolor en mano, coxalgia, gonalgia, talalgia/metatarsalgia postraumática inespecífica con puntuación todas ellas de 1-5 puntos respectivamente.

Otra dificultad en cuanto a la valoración, radica en que el dolor crónico de esta entidad va asociado en un porcentaje elevado con un trastorno distímico (y que se tasa en el nuevo baremo con una puntuación de 1-3 puntos). Existe controversia en la valoración del trastorno del humor, al considerar algunos peritos que esta deriva del dolor crónico y sería duplicar la secuela, aunque estén descritas de forma independiente en la tabla 2.A.1.

En el **ámbito contractual**, en los seguros de personas (vida, accidentes, enfermedad) las pólizas suelen contener un baremo en el que se asignan diversos grados de invalidez. La dificultad es que estas pólizas suelen contemplar los menoscabos funcionales objetivos no valorando el dolor, incluyendo la FM. Así no es infrecuente encontrar como riesgos excluidos específicos para las coberturas de hospitalización y accidentes los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos, es decir, sin otros síntomas objetivos médicamente comprobables, así como la depresión, el estrés, la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica.

El baremo europeo para la valoración de las lesiones a la integridad física y psíquica (publicado inicialmente como una Recomendación) se consideró que era útil no sólo para las indemnizaciones en los casos de accidentes, sino también para los casos de enfermedad. Se establece como guía de referencia en relación con la valoración de las alteraciones a la integridad física y psíquica. Está pensado, sobre todo, para los accidentes de circulación y para las pólizas de accidentes (individuales o colectivos).

Entre las reglas o normas del baremo europeo, se afirma que las funciones del perito médico consisten, por un lado, en cuantificar las secuelas que sean objetivables y/o justificables. Continúa reseñando que la valoración se basa en las alteraciones a

la integridad física y psíquica objetivable (AIPP), y por tanto, en alteraciones que se pueden medir y cuantificar. La valoración de las alteraciones subjetivas puras, justificables desde el punto de vista médico (existentes pero no demostrables y por tanto sin posibilidad de cuantificar), solo es posible si se aplica un mismo y único valor o tasa, ya que no se puede graduar lo que no se puede objetivar].

Como diferencia más notable con otros baremos, es que no figuran el estudio de los dolores excepcionales ni las situaciones puramente teóricas, por considerar que se trata de situaciones que superan la labor objetiva del perito en cuanto a la valoración que debe realizar de las alteraciones a la integridad física y psíquica objetivable de la persona.

2.4. Fibromialgia postraumática. Verdadero problema médico-legal

Después de varias décadas de intensos trabajos sobre la FM, la polémica sobre esta enfermedad lejos de haberse resuelto, más bien se ha incrementado. La mayoría de los autores que aceptan la FM como entidad clínica independiente, entienden que es el resultado de una compleja interacción entre factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

Dichas situaciones actualmente, han de ser analizadas dentro también de la controvertida relación entre síndrome de latigazo cervical (whiplash) y síndrome fibromiálgico, refiriéndose entre sus causas aquellas que tienen origen traumático. Quizás en la argumentación del nexo causal whiplash-FM postraumática será importante, en su caso establecer de forma sutil la diferencia entre causa y mecanismo, en tanto que la causa es el mismo accidente en su acción traumática, hecho notorio y evidente, por lo tanto de fácil demostración, no así el mecanismo, si como tal se entiende la forma, modo y manera en que la causa ejerce su efecto patógeno.

Dentro de los factores predisponentes (que no causales) se incluyen a los traumatismos o daño físico accidental o intencional. Hasta los defensores de la relación traumatismo-Fibromialgia, la entienden en un contexto multifactorial y con influencia de otros factores.

Durante los últimos años, la comunidad médica ha añadido un nuevo campo a su bagaje científico, denominado "Medicina basada en la evidencia", analizando un caso, haciendo uso de la mejor información en la literatura y estado de la ciencia médica referida a la situación concreta.

La bibliografía médica relevante consultada sobre el establecimiento de relación entre la fibromialgia y traumatismo, recoge estudios contradictorios, que intensifica ya de por sí la problemática médico-legal de imputabilidad (existencia de la relación causal entre el accidente, las lesiones provocadas y las secuelas observadas).

Las evidencias a favor de una relación patogénica entre traumatismos y fibromialgia vienen de observaciones de casos individuales y de algunos estudios prospectivos y retrospectivos, entre los que destaca como estudio más citado el de Buskila y cols en 1997, que coteja dos grupos de pacientes. Un primer grupo de 102 pacientes con lesión cervical de partes blandas (74 como consecuencia de un accidente de tráfico, de los cuales 67 fueron diagnosticados de esguince cervical) y un segundo grupo de 59 con fractura de extremidad inferior).

Describe que un 21,5% de los pacientes que habían padecido lesión cervical de partes blandas cumplieron criterios de fibromialgia en una exploración realizada dentro del primer año tras el tratamiento, a diferencia del grupo de fractura de extremidad inferior, en donde un solo 1,7% manifestó criterios de fibromialgia. Tras un seguimiento de tres años se reevalúa al 90% de los lesionados diagnosticados de fibromialgia y un 60% seguían cumpliendo los criterios de FM tras el daño cervical inicial. Asimismo los autores afirman que los lesionados con daño cervical que no desarrollan FM en el período del primer año es muy poco probable que lo desarrollen tras el mismo.

Otros estudios se inclinan así mismo a favor de una relación patogénica entre traumatismos y fibromialgia. Al-Allaf y cols. en 2002, tras un estudio de caso-control compararon a 136 pacientes con fibromialgia y a 152 *controles*, completando un cuestionario *postal* acerca de cualquier traumatismo físico en los seis meses antes del inicio de sus síntomas, concluyendo que el traumatismo físico tenía una asociación significativa con la aparición del síndrome fibromiálgico. La réplica a estos trabajos deriva que el antecedente traumático en el que se sostiene la hipotética relación fibromialgia-traumatismo es, en algunos casos, ajeno al concepto de traumatismo en valoración del daño corporal (cirugía, parto o aborto, relación con enfermedad...), siendo por ejemplo el antecedente traumático de accidente de tráfico en un solo 2,9% en la serie de Al-Allaf (de 136 pacientes).

Otros estudios a favor de la relación patogénica entre traumatismo y Fibromialgia (Waylonis y Perkins en 1999) refiere que de un seguimiento de FM postraumática a los 10 años del mismo (tras completar un cuestionario y examen médico con criterios de ACR), un 89,5% de los pacientes seguían cumpliendo criterios de FM, siendo el 60,7% los que señalaban la aparición de la sintomatología tras un accidente automovilístico.

Las evidencias en contra de una relación patogénica entre traumatismos y fibromialgia vienen así mismo de observaciones de casos individuales y de algunos estudios prospectivos y retrospectivos.

A los estudios de Buskila, se le ha desacreditado en razón a que el diagnóstico del síndrome fibromiálgico es clínico, con referencia subjetiva del lesionado, no existiendo pruebas objetivas que confirmaran el proceso, así como que los lesionados con daño cervical (grupo de 102 personas) que cumplen criterios de fibromialgia en el primer año tenían la mayoría de los puntos dolorosos (10 de 11) en la zona cérvico-dorsal y no de dolor generalizado (criterio de fibromialgia).

El mismo Buskila y Neumann en el año 2000, en un artículo de revisión, anterior a la publicación del artículo de seguimiento, recoge que el argumento de las lesiones músculo esqueléticas como un causante de la fibromialgia es controvertido y de que la mayoría de los estudios que relacionan que el traumatismo pueda iniciar el cuadro de fibromialgia, provienen de una pequeña muestra y no de estudios prospectivos controlados.

Wolfe señala que estudios como el de Buskila no permiten llegar a ninguna conclusión general y aunque, en base a estos estudios, sea posible que alguien señale que finalmente algún caso de FM sea causado por un traumatismo, esa posibilidad actualmente no se conoce y no tiene el acuerdo de la comunidad científica.

Otro estudio White y cols. tras una extensa revisión bibliográfica llevada a cabo, incluyendo Medline desde 1979 al año 2000, precisaba que había varios argumentos principales en contra de la asociación entre traumatismo y Fibromialgia y concluía que aunque había alguna evidencia que apoya una asociación entre el traumatismo y la FM, la evidencia no es definitiva. Finalizaba reseñando la necesidad de estudios prospectivos para confirmar esta asociación y determinar si el traumatismo tiene un papel causal.

Varios autores dudan de la consistencia de una relación causal entre fibromialgia y traumatismo, entre los que destaca el estudio de Tishler y cols. en 2006, que investigaron si el latigazo cervical podía ser desencadenante para la aparición de fibromialgia. El periodo de seguimiento medio para el grupo de estudio fue de 14,5 meses y para el control de 9 meses respectivamente. Durante este periodo de seguimiento solo un paciente en el grupo de estudio y ningún paciente de grupo control desarrollaron signos y síntomas de FM, con la conclusión de que latigazo cervical y traumatismo de accidente de tráfico no se asociaron con un aumento de la frecuencia de FM, después de más de 14,5 meses de seguimiento.

Estos mismos autores realizaron un nuevo estudio (cohorte) tras un seguimiento de tres años, reevaluándose al 82% de los lesionados diagnosticados de latigazo cervical del grupo estudio original y un 62% del grupo control original. Los resultados de este estudio de extensión de seguimiento confirman anteriores resultados a corto plazo, que demostró que la lesión por latigazo cervical y traumatismo de accidente de tráfico no están asociados con un mayor riesgo de la Fibromialgia (en oposición a los estudios de Buskila).

Sukenik en una revisión refiere que los dos únicos estudios prospectivos que estudiaron la incidencia del síndrome de fibromialgia después de accidentes, tales como lesiones del latigazo cervical, fueron realizados por investigadores israelíes y reportaron resultados opuestos.

Ante este panorama de la bibliografía médica relevante consultada, con resultados contradictorios sobre el establecimiento de relación entre la fibromialgia y traumatismo, ¿cuál es la actitud del perito médico ante el diagnóstico de fibromialgia tras un traumatismo en el terreno de los daños personales?

2.5. Causalidad médico-legal de la FM postraumática

Es innegable la polémica y la controversia suscitada en foros de expertos de valoración del daño corporal ante el diagnóstico de FM postraumática. Tratar de las dificultades que presenta un lesionado cuando ha sido víctima de un hecho generador de responsabilidad –traumatismo, accidente de tráfico, accidente laboral, etc.– y presenta en un periodo de tiempo variable de este hecho, un estado patológico (denominado en nuestro estudio FM postraumática), cuyo origen no parece evidente, asociado a la reclamación de indemnizaciones, es causa suficiente para abordar el tema, y aspirar a adoptar un criterio médico pericial.

En la actividad médica-pericial, encontramos la mayor dificultad en cuanto a la valoración del daño corporal, en la *relación causa-efecto* entre el traumatismo y dicha patología alegada (en nuestro estudio fibromialgia), diagnosticada y valorada como secuela tras el mismo (postraumática), pudiendo llegar a protagonizar la valoración del daño provocado y convertirse en un requerimiento trascendental del procedimiento judicial.

Para una correcta valoración médico legal del síndrome postraumático referido (FM), no se discute ya la realidad de esta dolencia y sintomatología asociada a la misma (estado patológico), sino la existencia de un nexo de causalidad entre una actuación y

una consecuencia, base en que se sustenta el principio de reparación jurídica de una lesión.

Pero es ahí, en la dificultad y en lo laborioso de la metodología que resulta el estudio de la relación causa-efecto, donde gravitan los criterios de imputabilidad, permitiendo concluir en un sentido u otro y en donde nos centraremos en nuestro estudio.

Las dolencias del lesionado forman la trama referencial, que a través de la imputabilidad, llevará a la valoración del daño. Para precisar la imputabilidad médica, de cada una de las posibles causas que puedan haber intervenido en la producción del daño, nos ayudaremos de cada uno de los criterios médicos expuestos por el profesor Segond, por los Dres. Cordonnier y Muller, y que hoy en día mantiene toda su vigencia, así como de los criterios de relación causal entre un traumatismo y una "afección determinada" del profesor Simonin, de los criterios de imputabilidad secuelas traumáticas de Louis Melennec y cols.; de Aso y cols. y de otros autores como Bradford Hill y Bofill.

La concreción de esta relación de causalidad supone una metodología en el estudio de estos criterios de imputabilidad, que permitirá concluir en un sentido u otro o en determinar que la duda permanece.

2. PROTOCOLO DE CAUSALIDAD MÉDICO LEGAL DE LA FM POSTRAUMÁTICA

Primer Criterio. Estado anterior

Si se alega por parte de un perito médico la fibromialgia como de origen traumático, debe tener la prueba cierta de la ausencia de un estado anterior así como de la ausencia de otras causas susceptibles de explicar la enfermedad.

La prevalencia del síndrome fibromiálgico es elevada (en mayores de 20 años en la población general española es del 2,37 %). Los traumatismos en general lo son todavía más, lo cual no es infrecuente que las personas afectas de fibromialgia sufran durante la evolución de su enfermedad un traumatismo.

La fibromialgia comporta, así lo admiten un número de autores, un factor-terreno individual o predisposición genética. Pensamos que el traumatismo en caso de considerar esta suposición, no debe influir en modo alguno, en esta predisposición, sin la cual la enfermedad (FM) no puede desarrollarse.

En la denominada FM postraumática, según los estudios referidos de Buskila, los lesionados que cumplían criterios de fibromialgia en el primer año tenían la mayoría de los puntos dolorosos (10 de 11) en la zona cérvico-dorsal (lo que pudiera orientar más a una alodinia mecánica en dicha zona, más que a una verdadera fibromialgia, que debería cumplir los criterios diagnósticos de la ACR, tanto en la expresión clínica como en el lugar de asiento, con historia de dolor generalizado y no tan localizado como los referido por Buskila) .

Por el contrario, nada se opone en principio a la agravación de fibromialgia preexistente tras el traumatismo, puesto que la mayoría de las enfermedades pueden ser agravadas por el estrés, sea cual fuere su naturaleza. Pero aceptar esto por el perito médico, conlleva una duda triple: primero habría que demostrar que ese agravamiento es real, segundo debería valorarse el grado de agravamiento (estado antes y después del traumatismo) y por último habría que determinar la parte de ese agravamiento que es imputable al traumatismo. Como se discierne, tres cuestiones de difícil respuesta, solo replicada en forma de presunciones, con lo que esto conlleva desde un punto de vista médico-legal (sustentada en certezas no en presunciones), habitualmente insuficientes para saber si el traumatismo ha tenido o no un papel agravador.

Segundo Criterio. Topográfico. La coherencia de la localización

Basada en establecer la relación entre la zona afectada por el traumatismo y aquella en que ha hecho su aparición el daño.

La generalidad de la afección dolorosa de la fibromialgia rigurosa para su diagnóstico clínico por los criterios ACR, dificulta la explicación fisiopatológica de comprender porque un traumatismo que afecta a un área circunscrita (lesiones cervical de partes blandas) conlleva tal afección generalizada (historia de dolor generalizado presente en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, esqueleto axial), de manera persistente.

Tercer Criterio. Cuantitativo

No hay definición en cuanto al grado de intensidad del traumatismo necesario para provocar un síndrome fibromiálgico tras un traumatismo. Al-Allaf sostiene que un porcentaje significativo de pacientes con FM (39%) referían haber padecido un traumatismo físico importante en los seis meses previos al inicio de su enfermedad, mientras que otros autores (Moldosfsky y Buskila) sostienen que es más probable que

se presenten en traumatismos de baja-media intensidad. No es suficiente que haya existido un traumatismo físico o psíquico, sino que hace falta que se pruebe que su intensidad ha sido suficiente para producir el efecto constatado.

En los casos en que se atribuya la FM a una lesión cervical de partes blandas (esguince cervical), debería cumplirse un mínimo de Δv (cambio instantáneo de velocidad sufrido –aceleración– por el vehículo implicado) de al menos 10,6 mph en impactos por alcance con vehículos de peso similar y de Δv de al menos 21 mph en impactos frontales o colisiones laterales. Cuando el Δv es inferior a 10 mph en impactos por alcance y no existen factores de riesgo específico, se afirma que es improbable la existencia de lesiones en la columna cervical, con carácter permanente.

Cuarto Criterio. Cronológico. Intervalo de aparición, secuencia temporal

Según los estudios de Buskila, si la sintomatología no surge antes del año del suceso traumático, es poco probable que la FM aparezca (atribuyéndose a otro origen). Según el estudio de Al-Allaf y cols. ha establecido este periodo en seis meses.

La presentación de la fibromialgia por el efecto del traumatismo, con el cortejo sintomático propio, de presentación inmediata es una hipótesis difícil de asumir, que revelaría más bien un estado anterior previo, pues la propia definición de FM por los criterios diagnósticos de la ACR conlleva historia de dolor generalizado que debe estar presente durante al menos tres meses.

La imputabilidad no puede establecerse automáticamente porque algunos meses después del traumatismo causal se detecte una enfermedad o lesión, que continúa evolucionando y que requiere de una asistencia médica que antes no era precisa.

Quinto Criterio. Continuidad sintomática

No hay estudios suficientes (con datos experimentales y de observación clínica) que demuestren el periodo o plazo de latencia desde la aparición de los primeros síntomas (dolor localizado) antes de manifestarse dicha sintomatología en dolor generalizado en la entidad denominada fibromialgia postraumática.

Los lesionados de FM refieren un cuadro de dolor localizado inicial que se convierte en generalizado, de manera persistente y continuado (que debería ser autenticado por las consultas y tratamientos regulares). Este criterio pudiera ser probable en cuanto

a la cronología de aparición de la sintomatología de la FM, pero la dificultad está en objetivar el cuadro.

Sexto Criterio. Certeza del diagnóstico actual. Verosimilitud del diagnóstico etiológico

Una vez reunido todos los criterios precedentes es necesario que sea bien aportada la prueba existente (relación causa-efecto entre el hecho o diagnóstico secular (en nuestro caso la fibromialgia) y la consecuencia (traumatismo), para que no se limite simplemente a una coincidencia temporal o espacial lógica, o se sustente no solo en suposiciones, posibilidades o probabilidades, sino sobre certezas, o al menos, siendo imposible la certeza en determinadas patologías, sobre presunciones suficientemente fuertes en el plano científico para exceder de la probabilidad o de la convicción personal. Conviene no constatar ni afirmar, sino demostrar y probar.

Es inevitable que las leyes de la patogenia (mecanismo anatómico o fisiológico) demuestren una relación causal altamente verosímil o posible. La certeza patogénica o verosimilitud patogénica, como la denomina Melennec presume igualmente que las demás causas capaces de explicar la aparición de la enfermedad han sido eliminadas.

La bibliografía médica relevante consultada sobre el establecimiento de relación de causalidad entre la fibromialgia y traumatismo, recoge estudios contradictorios, que intensifica ya de por sí la problemática médico-legal de imputabilidad.

Nuestra misión como peritos médicos, aportando los conocimientos adquiridos tras el completo estudio de la valoración médica de la causalidad, obliga a que nuestro informe esté sujeto a los aspectos esenciales del *valor de la prueba* (dentro del procedimiento judicial).

Esta consideración hace que solamente podamos comunicar como conclusión aquello que posea un suficiente valor de prueba, quedando el resto de valoraciones médicas como hipótesis.

Ello obliga a someternos a una metodología y a unos criterios acordes del trabajo pericial: evidencia basada en el conocimiento científico, publicación de la teoría y sometimiento de la misma a revisión; comunicación de tasas conocidas o potenciales de error del estudio y evidencia generalmente aceptada dentro de la comunidad científica.

En definitiva, como así reconoce Aso y cols., exige a los peritos fundamentar sus opiniones en hechos contrastados y publicados y, aportar toda la bibliografía relevante, así como la experiencia propia sobre la que basan su opinión. En el caso de que no exista un valor suficiente de comprobación, nuestra valoración médica deberá quedar como una consideración no demostrable, pero nunca como una conclusión cierta.

Los estudios aportados por la comunidad científica, sobre el establecimiento de relación de causalidad entre la fibromialgia y traumatismo, recoge estudios contradictorios de una relación patogénica entre traumatismos y fibromialgia, reconociendo el carácter (insuficiente de establecer relaciones de causalidad).

Para considerar válido el papel desencadenante y por tanto parcial del traumatismo en la fibromialgia, debería de reunir las siguientes realidades: ausencia probada de un estado anterior (difícil de determinar ya que la enfermedad puede estar subclínica o que una primera agudización haya sido resuelta), gravedad del traumatismo, intervalo de aparición consecuente con los criterios establecidos, y por último y no menos importante la certeza del diagnóstico y la verosimilitud patogénica.

Sintetizando los resultados de la revisión bibliográfica, con el propósito de aplicarlo a la práctica de la valoración del daño corporal en relación a la relación de causalidad entre traumatismo y fibromialgia, podemos exponer:

Hasta la fecha, los argumentos de los expertos a favor y en contra de un papel causal del traumatismo son insuficientes para establecer relaciones de causalidad.

Desde la publicación de los últimos estudios referidos, no existen estudios nuevos que hayan establecido una relación causal entre el traumatismo y la fibromialgia en un grado de certeza razonable.

Debido a amplias repercusiones médico-legales, son necesarios estudios bien controlados, con grandes cohortes de lesionados para aclarar como influyen los traumatismos en la FM y resolver esta compleja cuestión.

Las evidencias a favor de una relación patogénica entre traumatismos y fibromialgia vienen de observaciones de casos individuales y de algunos estudios prospectivos y retrospectivos, que han sido discutidos y desacreditados por otro número de observaciones y publicaciones de expertos, creando contradicciones y desacuerdos por lo que no proporcionan la base científica suficiente para considerar la evidencia cierta de la relación causal de los traumatismos en la FM.

Además se necesitan estudios prospectivos para confirmar esta asociación y determinar si el traumatismo tiene un papel causal o si hay otros factores más importantes que el traumatismo, como el nivel de salud del lesionado antes del accidente y el entorno de quien la sufre, en el desarrollo de la fibromialgia.

En muchos trabajos, el tamaño de las series es limitado, especialmente las de los grupos de control. Los estudios se han realizado principalmente con lesionados de Síndrome de Latigazo Cervical (SLC) o Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Es pausable pensar que el aumento de las series y la diversificación de la procedencia de las lesiones pudieran proporcionar resultados diferentes.

Sin embargo, no se puede afirmar categóricamente que el traumatismo no causara el síndrome de fibromialgia. La ciencia médica algún día podrá determinar con suficiente fiabilidad que tal relación causal existe o lo contrario, persistiendo la duda hasta entonces.

3. CONCLUSIONES

1. Con los conocimientos actuales no hay certeza médica suficiente para establecer relación de causalidad entre fibromialgia y traumatismo.
2. Los mecanismos de interacción son de tal complejidad que el grado de causalidad, de admitirse, se establecerá como causa compartida o concausa (agravatoria de estado previo), por la necesidad de la existencia otros factores necesarios en la provocación de las consecuencias. La argumentación en este caso, debe ser sólida y razonada.
3. Al no existir un valor suficiente de comprobación, la valoración médica-legal debería quedar como una consideración médico-legal, pero nunca como una conclusión cierta.
4. La valoración de esta entidad (Fibromialgia postraumática), justificable desde el punto de vista médico pero no demostrable, y por tanto sin posibilidad de cuantificar, solo sería posible si se aplica un mismo y único valor o tasa, ya que no se puede graduar lo que no se puede objetivar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación. BOE 23 de septiembre de 2015. Num. 228.
- Criado del Rio, M. T.: Valoración médico-legal del Daño a la Persona por Responsabilidad Civil. Madrid: 2001.
- Borobia, C: Legislación, metodología y prueba pericial. Madrid: Masson. 2006.
- Consensus Document on Fibromyalgia: The Copenhagen declaration. Journal of Musculoskeletal Pain. Vol.1. New York: The Haworth Press, Inc., 1993.
- Wolfe, F.; Anderson, J.; Harkness, D.; Bennet, RM.; Caso, XJ.; Goldemberg, DL.; *et al.* A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 1997; 40(9):1560-70.
- Campos Sánchez, S. Fibromialgia. Estudios de prevalencia. *Rev. Esp. Reumat*, 2000; 27:417-20.
- Guitart, B.: La fibromialgia y aspectos relacionados. Fundación Mapfre, Madrid. 2000; 309.
- Greenfield, S.; Fitzcharles, M, A; Esdaile, J. M.: Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*, 1992,35:678-81.
- Ortega, A La fibromialgia puede desencadenarse a consecuencia de un traumatismo. *Cuadernos de Medicina Forense* 2004, oct; 38:21-26.
- Quemada, J.I.; Muñoz, J.M.; Sánchez, I.: Criterios de objetivación de secuelas psíquica. pp 240. Sexta Jornadas sobre Valoración del Daño Corporal. Fundación Mapfre Medicina. Madrid 2005.
- Isasi, C.: Guía de Valoración del Menoscabo Permanente. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Tomo I. Fibromialgia. 2ª Edición. Madrid. 1998; pp. 215-21.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre de 1999, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

- Guías para la evaluación de deficiencias permanentes. 4º Edición American Medical Association. Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO. Madrid, 1995.
- Rivera, J.; Alegre, C.; Ballina, J.; Carbonell, J.; Carmona, L.; Castell, B.; Collado, A.; Esteve, J.; Marín, J.J.; Tornero, J.; Vallejo, M.A.; Vidal, J.: Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatol Clin* 2000; 2:55-66.
- Baremo-Guía Europeo de Evaluación al Menoscabo a la Integridad Física y Psíquica. Mayo 2003. Confederación Europea de Expertos en Valoración e Indemnización del Daño Corporal.
- Ojeda, J.A: Síndrome Fibromiálgico y Whiplash.
<http://comentariosmedicos.com/documentos/SindromefibromiálgicoyWhiplash.pdf>
- Aso Escario, J.: Bioética de la actividad pericial médica. Cuadernos de Medicina Forense. 56. 2009
- Buskila D.; Neumann L.; Vaisberg G.; Alkalay D.; Wolfe F.; Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury [see comments] *Arthritis Rheum* 1997; 40(3):446-452.
- Neumann L, Zeldedets, V; Bolotin, A; Buskila, D.: Outcome of posttraumatic Fibromyalgia a 3 year follow-up of 78 cases of cervical spine injuries. *Semin arthritis Rheuman*,2003, 32: 320-5.
- Al-Allaf, A.W.; Dunbar, K.L.; Hallum, N.S.; Nostraza-Deh, B.; Templeton, K.D.; Pullar, T.: A caso- control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome *Rheumatology*,2002, 41: 450-3.
- Waylonis, G.W.; Perkins, R.H.: Post-traumatic fibromyalgia. A long – term follow – p. *Am J. Phys. Med. Rehabil* 1994;73: 403-12
- Smith, M.: Relationship of fibromyalgia to the site and type of trauma: comment on the articles by Buskila et al. and Aaron et al. *Arthritis Rheum*. 1998, 41:378.
- Cohen, M. L.; Quintner, J. L.: Altered nociception but no fibromyalgia after cervical injury. Comment on the article by Buskila et al. *Letter. Arthritis Rheum*. 1998, 41:183.

- Buskila D.; Neumann L.: Musculoskeletal injury as a trigger for fibromyalgia/ post-traumatic .Rheumatol. 2000. 2 (2): 104-8.
- Wolfe,F.: For example is not evidence: Fibromialgia and the law. J. Rheumatolo., 2000, 27:1115-6.
- White, K. P.; Carette, S.; Harth, M.; Teasell, R.: Trauma and fibromyalgia: is there an association and what does it mean? Arthritis Rheum. 2000, 29 (4): 200-16.
- Tishler, M.; Levy, O.; Masklov. I.; Bar-Chaim,S.; Amit- Vazina, M.: Neck Injury and fibromyalgia-are there really assoxiated?. J. Rheumatol. 2006. 33 (6): 1045-7.
- Tishler, M.; Levy, O.; Amit- Vazina, M.: Can Fibromyalgia be associated with whiplash injury ? A 3 - year follow - up study, Rheumatolo Int 2010 .1.
- Sukenik, S.; Abu-Shakra, M.; Flusser, D.: Physical trauma and fibromyalgia -is there a true association? Harefuah 2008, 147 (8-9): 712-6,749.
- Aso, J.;Cobo, J.A.; Soria, A.; Rojas, F.; Seron,F.: Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación, a partir de la Ley 34/03. Masson. Madrid 2006.
- Hernandez Cueto, C: Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. Barcelona: 1996.
- López Gomez, L.; Gisbert Calabuig, J.A.: Tratado de la Medicina Legal. Edit. Saber. Valencia. 1962.
- Claisse, R.H.: Les traumatismos de la colonne cervicale. Medicine Legale et damage corporal. 1990; 1: 243-251.
- Brousseau, S.: La causalité vue par le juriste. Revue Francaise du Dommage Corporel 1991; 17 (2) : 127-129.
- Rousseau, CL : De Léimputabilité a la causalité. Revue Francaise du Dommage Corporel 1984; 10 (2) :111-116.
- Leyrie J.; Boule, P.: Un lien de causalité non medical peut - il etre source d'IPP en Droit Commun ? Journal de Medecine Legale- Droit Medicale 1989 32 (1) 67-73.

- Moya, V.: Perspectivas Médicas del Daño Corporal. Madrid. V Congreso de Derecho de la Circulación. 21 y 22 de marzo de 1989.
- Buu-Hol, P. Léimputabilité des lumbalgias a un traumatisme. Revue Francaise du Dommage Corporel 990 ;16 (1) :113-118.
- Rogier, A.: Le concept dimputabilité en législation sociale, pensions militaires et assurances contractuales. Revue Francaise du Dommage Corporel 1991 ; 17 (2) :119-122.
- Simonin, C.: Medicina Legal Judicial. Barcelona: Jims, 1982.
- Melennec, L.: Evaluation du handicap et du dommage corporal. Barème International des Invalidités. Ed. Masson.1991.
- Hill, A,B.: por De Irala-Estevez. J.; Martinez,M.A.: Causalid en Epidemiología.de Irala- Estevez et al. (EDS). Epidemiología aplicada. Ariel Ciencias Médicas. Barcelona 2004,49-87.
- Bofill, J.: Integración de los criterios de Sir Austin Bradford Hill a los criterios utilizados tradicionalmente para el estudio de la causalidad en la valoración del daño corporal. http://la_plaza.com/vdc/BD/doc/revisiones/Hillismo.
- Moldofsky. H.; Wong, M. T.; Lue, A.: Litigation, sleep symptoms and disabilities in postaccident pain (fibromyalgia), J Rheumatolo,1993,20: 1935-40.
- Ferrari, R.; Rusell A.S: The engineering of whiplash: a clinician works is never done. Arthritis Care Res 2000, 13: 443-55.

2. RADIOGRAFÍA DE LA SIMULACIÓN EN PSIQUIATRÍA Y SU REFUTACIÓN CLÍNICA Y CIENTÍFICA

A. Candina Astorqui

El fundamento de esta Comunicación, emitida para las XI Jornadas de Valoración de Daño Corporal, promovidas por la Fundación MAPFRE, es dar a conocer la existencia de una aplicación analítica, nunca antes utilizada, como método científico para el desmascaramiento de la simulación en Psiquiatría, cuyos efectos y consecuencias pueden tener gran relevancia a nivel clínico, económico, jurídico y un largo etcétera más.

El método científico que nosotros proponemos, de refutación universal de cualquier cuadro clínico psiquiátrico simulado, se basa específicamente, en la prueba analítica del pelo, como elemento diagnóstico propio del ámbito de la toxicología forense, a partir del espectrofotómetro de masas y otras pruebas, que como es sabido son capaces de detectar drogas, fármacos y sustancias en el pelo con retroactividad de meses y años, en función de la longitud del pelo.

Nuestra aportación y hallazgo consiste en la aplicación contraria a su normal uso en toxicología forense (detección en pelo de presencia de drogas, fármacos, etc.), es decir, la aplicación de la prueba serviría para demostrar la ausencia de los fármacos pautados en los casos de pacientes simuladores, en congruencia con el fraude clínico del proceso.

Hace un año, el Instituto Nacional de Toxicología realizó, a petición nuestra, este ensayo biológico, primer caso de simulación que enviamos para su estudio y análisis, con el resultado favorable a nuestra tesis, al demostrar la ausencia en pelo de la medicación antipsicótica, y otras, prescritas por el facultativo que le atendía.

La relevancia de este informe toxicológico-forense determinó, de forma concluyente, la validez de nuestra teoría y su recorrido judicial.

Las aplicaciones de nuestra metodología de trabajo son múltiples y pueden utilizarse, no solamente a casos de simulación, sino también en todas las variantes de su espectro, como son, la metasimulación, presimulación, disimulación, sobresimulación, etc., y afectan a muy variadas Instituciones y procesos psiquiátricos (todos son susceptibles de simulación), con efectos jurídicos, económicos y forenses de gran relevancia. Así por ejemplo:

COMPAÑÍAS DE SEGUROS

- Detección del fraude en Incapacidades Permanentes Absolutas (I.P.A), por enfermedades psíquicas, en seguros de vida
- Detección del fraude en Trastornos por Estrés Postraumático en accidentes de tráfico
- Detección del fraude en Dolor Crónico
- Otros

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

- Detección por parte del EVI de los fraudes en Incapacidad Permanente Total (IPT), Absoluta (IPA) y Grandes Incapacidades, de origen psiquiátrico.
- Revisiones generales de las incapacidades concedidas previamente por procesos psiquiátricos dudosos.

Mutuas: detección de fraude psiquiátrico en I.P.as por supuesto accidente laboral.

Medicina del trabajo: detección de I.T fraudulentas

Judicatura: aceptación de la prueba toxicológica del pelo en el periodo de Instrucción, afectando a la jurisdicción civil, penal, laboral, etc.

Abogados: defensa de los/as perjudicados/as.

Inspección médica y otros. Control de IT, IPT, IPA, etc.

1. PRESENTACIÓN

El material que presentamos en esta Comunicación para las XI Jornadas de Valoración de Daño Corporal de la Fundación MAPFRE, nos parece interesante por varias razones, sobre las que en el dictamen profundizamos con detenimiento y que en esta breve sinopsis adelantamos para encuadrar mejor el tema.

En primer lugar, por tratarse de un caso-tipo real que puede servir como modelo para el diagnóstico general de la simulación en Psiquiatría, porque contiene casi todos los elementos clínicos, evolutivos, modus-operandi, tratamientos, informes, implicación de distintas redes sanitarias (Servicios Generales de Salud, INSS, Mutuas), redes de apoyo como familia, cónyuge y otros, etc., que se repiten en otros casos simulatorios estudiados por el autor.

En segundo lugar, nos parece interesante por la dimensión de la estafa, consistente en la contratación previa a la supuesta enfermedad, de una o varias pólizas de seguros de vida e Incapacidad Permanente Absoluta, por un valor de varios miles de euros con diferentes compañías aseguradoras.

En tercer lugar, creemos en su interés forense por la variedad de filtros que superó el sujeto simulador sin ser detectado: ni por el Médico de Familia, ni por el Psiquiatra de Zona, ni por el Psiquiatra Forense privado, ni por el EVI de la Seguridad Social, ni por el Médico Forense del Instituto de Medicina Legal, ni por el Juzgado de lo Social, ni por la Mutua de Accidentes de Trabajo.

Es decir, este caso pone en evidencia demasiados puntos débiles del sistema que no es capaz de detectar un proceso simulatorio. De ahí que consideremos nuestra aportación teórica y práctica de relevancia pericial y de interés general.

En cuarto y último lugar, debemos señalar que no hemos conseguido encontrar ninguna referencia bibliográfica sobre la cuestión: análisis del pelo - simulación, lo que confirma lo auténticamente novedoso de la aportación y la carencia, en el momento actual, de un mínimo "corpus científico" sobre este enfoque toxicológico-forense. La ausencia de bibliografía está confirmada, también, en el Informe del Instituto Nacional de Toxicología, precisamente en el primer caso que se le planteó sobre dicho tema y cuyos resultados finales, favorables a nuestra tesis, refuerzan esta metodología científica antifraude médico-psiquiátrico.

2. DICTAMEN PERICIAL DEL CASO

El razonamiento en el que se basó la compañía de seguros para solicitar nuestra colaboración consistió en la presunción de que el sujeto a estudio, reunía algunos criterios básicos para sospechar un posible fraude; éstos eran:

- 1) La contratación previa e inmediata a su patología psíquica de varias pólizas de vida e incapacidad permanente absoluta con diferentes compañías de seguros y de manera casi simultánea.
- 2) La ausencia previa de patología psiquiátrica, reconocida en el cuestionario de salud correspondiente.
- 3) La escasa verosimilitud del lejano origen laboral de su proceso psiquiátrico actual.
- 4) La abundante documental médica caracterizada por su escasa descriptiva psicopatológica y su potente tratamiento antipsicótico sin resultado clínico alguno.

Desarrollo del dictamen

Consideraciones médico-legales

Para completar correctamente este epígrafe inicial adelantamos nuestro diagnóstico del caso clínico que hemos analizado, como un proceso de simulación de un Trastorno Delirante, cuyas características generales vamos a describir con sus correspondientes razonamientos, señalando previamente que en línea con la Ley Orgánica de Protección de Datos hemos eliminado amplios aspectos del dictamen, para preservar la identidad del sujeto estudiado, así como el nombre de las compañías aseguradoras y otros, tal y como demanda la L.O.P.D.

Iniciamos las consideraciones de la siguiente manera:

a) Sobre los informes del Médico de Familia

Disponemos de 3 Informes del MAP. Los dos primeros se remontan al año 2011:

- 27 de junio 2011: "Acusa insomnio y depresión". Nota. Derivación urgente al Centro de Salud Mental (C.S.M.).

- 4 de julio 2011: "Episodio de ansiedad". Nota. Impresión médica para certificación de enfermedad.
- 28 de marzo de 2014 (tres años mas tarde):psicosis no especificada.fecha inicio: 15/06/2011.

Medicación activa a fecha 28 de marzo de 2014: Haloperidol 10mg. Orfidal 1mg. Escitalopram 20mg.

En cuanto a los dos primeros informes de 2011, la relevancia e interés de los datos tan escasos y pobres desde el punto de vista psicopatológico, viene dada por las siguientes cuestiones:

- a) La derivación urgente de un episodio de ansiedad al Centro de Salud Mental, es en principio inapropiado porque un episodio de estas características es una de las patologías, probablemente, más frecuentes en el consultorio del Médico de Familia, y por supuesto conocen el modo de corregirlo (ansiolíticos).

Una derivación a C.S.M –Urgente– por esta causa, debe ir acompañada de informe muy bien fundamentado, no parece que "... Acusa insomnio y depresión..." o "... Episodio de ansiedad...", tengan carga patogénica suficiente para remitir urgentemente al C.S.M.

Es, por aclarar la situación, como si una amigdalitis (anginas) se remitiese urgentemente al Otorrinolaringólogo de área a pesar de haber instaurado previamente tratamiento con antibióticos.

- b) La posibilidad de que la derivación haya sido inducida por el sujeto estudiado, para entrar en el circuito de la psiquiatría, habida cuenta el desarrollo y la rápida conversión del proceso inicial de Episodio de Ansiedad en un Trastorno Delirante, cuyas características analizaremos más adelante.

El tercer informe del MAP, se corresponde con el emitido en 2014, tres años más tarde de los firmados por el primer Médico de Familia que le atendió y en él ya aparece la Baja laboral de 15 de junio de 2011 con el diagnóstico psiquiátrico Psicosis no especificada, que en absoluto tiene que ver con la impresión médica del 27 de junio de 2011. Así:

1. Derivación urgente el 27 de junio de 2011 al C.S.M. "Acusa insomnio y depresión",

2. Informe de 4 de julio 2011: "Episodio de ansiedad" de origen laboral. Tratamiento provisional con Lorazepam y Lormetazepam.

Desde el punto de vista pericial, tal y como hemos anticipado, ponemos en duda la procedencia de la medida derivativa del primer informe del Médico de Atención Primaria (MAP) por un episodio de ansiedad y con urgencia, al C.S.Mental. Si bien esta derivación viene a apoyar la tesis final de nuestro dictamen, referida a la intención simulatoria y con "hoja de ruta" preestablecida, en línea con un modus operandi ya ensayado con éxito, en otras ocasiones estudiadas por el autor.

En cuanto al tercer informe MAP, fechado en 2014, nos va a ser útil para conocer el tratamiento prescrito en aquel momento (haloperidol, escitalopram y orfidal) y, en consecuencia, solicitar la prueba toxicológica de determinación de dichos medicamentos en el pelo.

b) Sobre los informes del C.S.MENTAL

El psiquiatra del sujeto estudiado, en su primer informe de fecha de julio de 2011, diagnostica el cuadro clínico como estrés agudo con ansiedad e insomnio. El siguiente informe de fecha de octubre de 2011 y consecutivos hasta el último de fecha de junio de 2013, repiten y reiteran el siguiente cuadro psicopatológico y evolución del mismo:

- 1) ... "Paciente en tratamiento por un trastorno depresivo".

No es cierto, el paciente fue derivado por un episodio ansioso y reconocido por el propio psiquiatra en su primer informe de julio de 2011, donde señala un Trastorno de Estrés Agudo con ansiedad e insomnio, como motivo de la consulta.

- 2) ... "Pero que rápidamente se transformó en un trastorno delirante muy intenso, con ideas de persecución, vigilancia y perjuicio..."

Esta evolución de los delirios es completamente anormal. Los estados delirantes son de construcción lenta y precisa ("constructio tarda"), con múltiples detalles interpretativos, para posteriormente ir conformando un delirio bien estructurado e irrefutable al razonamiento lógico.

- 3) ... "La intensidad es tal que ha cambiado totalmente su vida. No sale de casa, vive en permanente angustia, al principio no dormía, se ha vuelto desconfiado.. y taciturno...."

Este relato psicopatológico es congruente con el párrafo anterior, y es también sorprendentemente similar a todos los informes psiquiátricos recogidos en los otros trabajos estudiados.

- 4) ... "A pesar de las dosis importantes de Risperidona, 9mg/día, apenas hay variación en su ideación, está algo menos angustiado y duerme mejor, pero sigue sin salir de casa y su desconfianza es muy importante..."

Sigue la misma evolución recogida en los otros trabajos estudiados sobre el mismo asunto. El paciente es totalmente refractario a los potentes tratamientos antipsicóticos, mejora levemente en parámetros periféricos, pero el núcleo delirante y las conductas defensivas van a peor.

En definitiva, todos los informes son iguales. No hay riqueza descriptiva ni variaciones psicopatológicas, son todas lo mismo y nos informan de lo siguiente:

- Diagnóstico: trastorno delirante
- Evolución: muy intensa y negativa
- Tratamiento: fármacos antipsicóticos

Todos los informes se repiten, excepto el emitido en junio de 2012 en el que textualmente se dice lo siguiente: "... La evolución está siendo negativa, y a pesar de los 25 mg de Haloperidol, la ideación delirante se está expandiendo [...] piensa que yo también puedo estar "compinchado" Cada nueva cita que tiene, tanto con los Servicios Sociales de la Seguridad Social, como con los forenses, le alteran mucho y refuerzan su ideación delirante de que le controlan.

En estas circunstancias desaconsejo formalmente esas citas que no hacen sino agravar su enfermedad. Por el momento el control y la evolución de su estado lo estamos realizando a través de su cónyuge..."

Observamos en este evolutivo un salto cualitativo, que también se da en los otros trabajos estudiados sobre el mismo tema, cual es deshacerse de cualquier manera de los Controles Médicos que lógicamente deben seguir, y sobre todo si dichos controles se hacen con profesionalidad. Y, además, el sujeto estudiado ha conseguido, con la aquiescencia del especialista en psiquiatría de su CSM no acudir ni siquiera a su consulta, y ser representado por su cónyuge que va a continuar consolidando el discurso simulatorio del sujeto estudiado.

Por otra parte, en su último informe de fecha junio de 2013, el psiquiatra del CSM además de reiterar lo ya conocido, sin ningún matiz, nos vuelve a describir que "...últimamente falla a sus citas por no atreverse a salir de casa y miedo a sus perseguidores...". Es decir, no ha vuelto por la consulta, y el psiquiatra sigue siendo informado por el cónyuge que sistemáticamente potencia el discurso del delirio.

c) Sobre el informe pericial psiquiátrico privado

Destacamos de este Informe de fecha septiembre de 2012, la continuación de los informes del C.S.Mental sin apenas variación sustantiva, salvo en tres apartados:

1º). "Esta situación anómala se hace extensiva a la relación con su hijo lo que ha obligado a que le cuiden con la ayuda del medio familiar".

Consideramos este párrafo como otro elemento de apoyo para la credibilidad y la gravedad del proceso ..., si no fuera porque el psiquiatra del CSM no lo cita en ninguno de sus reiterados informes, y más dudoso aún, teniendo en cuenta que es el otro progenitor del niño, quien se ha hecho responsable informativo del seguimiento del sujeto estudiado ante el CSM. Es sorprendente que el otro progenitor del niño no comente nada sobre este asunto a "su psiquiatra C.S.M" y sí al privado.

2º) "No detección de sobredimensión psicopatológica. No detección de simulación".

Aunque más adelante mostraremos signos evidentes de sobredimensión psicopatológica y de clara simulación, creemos ineludible resaltar este aspecto central del informe, porque éste (el del psiquiatra privado) es pericial, y atendiendo a los indicadores teóricos de la simulación, vemos que la pericial es del todo incompleta, por los siguientes motivos:

- El psiquiatra privado no conoce, en el momento de su entrevista, la existencia de varias pólizas de vida e incapacidad permanente absoluta por valor de varios miles de euros cada una, firmadas justo un año antes del inicio del proceso psiquiátrico que estaba explorando.
- Tampoco podía conocer que después de lograda la I.P.A por accidente de trabajo, objeto primario y único de todo el cuadro clínico representado, el presunto paciente desaparece como tal, por lo que tres años más tarde solo disponemos de un informe Post IPA del año 2013 (Psiquiatra CSM).

- No da ninguna relevancia en su informe al muy significativo hecho del rapidísimo e intenso desarrollo del proceso delirante (desarrollo agudo) y la nula respuesta a la medicación antipsicótica (Risperidona 9mg/día), cuando es bien sabido entre los clínicos que cuánto más agudo sea el proceso psicótico más rápida y eficaz es la respuesta terapéutica.

3º) El psiquiatra privado en su informe pericial, en el capítulo de conclusiones, señala "... el pronóstico en un periodo medio de tiempo no es favorable, siendo previsible que al menos durante 3-4 meses, la sintomatología clínica siga estando presente".

Dos años y medio más tarde, el presunto paciente, continúa (al parecer) igual que el primer día. Está claro que el psiquiatra privado se basaba en la lógica clínica y el sujeto en la lógica del fraude. Por tanto, Sí tenemos indicadores evidentes de simulación.

d) Sobre el informe EVI del INSS de fecha septiembre de 2012

Sigue la estela general de los informes previos a nivel diagnóstico, con la misma escasa y pobre descripción psicopatológica. Únicamente nos llaman la atención dos señalamientos que subraya el médico del INSS:

1. La evitación de la mirada por parte del sujeto estudiado. Pudiendo considerar esta evitación de la mirada como un indicador NO-verbal de engaño.
2. La problemática laboral con sus jefes denunciada ante el Juzgado y referida por el sujeto.

e) Sobre el informe médico forense público firmado por el Instituto de Medicina Legal, de fecha de emisión de noviembre de 2012 y fecha de reconocimiento de mayo de 2012

No encontramos en este informe forense nada que difiera del resto o que añada algo al conjunto informativo.

f) Sobre el desarrollo longitudinal y operacional y modus operandi

Tal y como señalamos el sistema de funcionamiento del sujeto ha sido el siguiente:

Primer paso.- Contratación de una o más pólizas de seguro de vida e incapacidad laboral absoluta. Así el sujeto contrata varias pólizas de vida e incapacidad permanente absoluta, con diferentes compañías aseguradoras, por valor de varios cientos de miles de euros.

Segundo paso.- Contacto con un Centro de Salud Mental de la red pública, nunca de la red privada, y siempre derivados por su Médico de Asistencia Primaria o Médico de Familia por un proceso de ansiedad, en todos los casos estudiados por el autor.

Tercer paso.- Contacto con el psiquiatra de zona y relato descriptivo de una historia verosímil encuadrada en la biografía del sujeto estudiado, que servirá a lo largo del recorrido médico como eje del estado mental del mismo.

La historia debe contener un elemento traumático para anclar, posteriormente, una conducta con ribetes psicóticos elementales pero eficaces, como son las ideas delirantes de perjuicio, persecutorio, autorreferencial: "me miran, me siguen, me van a hacer daño, soy espíado, controlado,etc.).

Cuarto paso.- El paciente evolucionará siempre negativamente y el psiquiatra aumentará la medicación, actuando con un criterio clínico consecuente con el desarrollo del proceso, aunque el simulador y familia rechazarán, cuidadosamente, cualquier indicación de ingreso psiquiátrico.

Quinto paso.- Lograr el mayor número de informes clínicos del especialista para su presentación ante el EVI-INSS o en su defecto un amplio informe lo más contundente posible.

Sexto paso.- El EVI, que normalmente, aceptará sin dudar tanto la clínica expuesta en el informe psiquiátrico como el tratamiento y recomendaciones del facultativo.

Todo el proceso psicopatológico debe ser, por la naturaleza intencional del mismo, totalmente no objetivable. Por eso la especialidad psiquiátrica es la especialidad elegida para el fraude médico. Ningún síntoma, cualquiera que fuere, puede demostrarse científicamente y todos ellos son susceptibles de ser representados teatralmente.

Colaboradores necesarios. Para llevar a buen fin el conjunto de movimientos necesarios y conseguir la I.P.A, es imprescindible la cooperación activa y determinante del cónyuge, cuyo papel de apoyo a la simulación la hace ineludible para su credibilidad y aparece en todos los casos. (Sujeto "Informe de 6 de julio . Dr. C.S.Mental : Por el momento el control y la evolución de su estado lo estamos realizando a través de su esposa...").

g) Sobre la documentación post I.P.A del sujeto estudiado y otros informes de los que no disponemos

El silencio de documental clínica del sujeto, tras el paso por el EVI y obtención de la IPA por AT, es prácticamente total. Tan sólo encontramos un único informe del psiquiatra del CSM de fecha posterior a la concesión de la IPA, en el que señala "...últimamente falta a sus citas...". Y realmente así debe ser porque este informe es un "corta-pega" evidente del resto documental del propio psiquiatra del CSM.

Esta ausencia informativa y asistencial, similar al de otros casos estudiados evidencia la semejanza en la evolución de todos ellos y acentúan la impresión diagnóstica de simulación.

Con Informes "NO disponibles" nos referimos en concreto a los dos siguientes:

- Informe Médico Pericial privado aportado como medio de prueba por el sujeto estudiado, tal y como figura en el punto sexto de los fundamentos jurídicos de la Sentencia, donde se falla declarar: "... Que el demandante se encuentra afecto de una Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Trabajo...".
- Igualmente, en el mismo apartado sexto de los fundamentos jurídicos de la Sentencia, se rebela la existencia de otro informe médico, desconocido para nosotros, aportado a instancia de la Mutua.

h) Sobre el diagnóstico de simulación del analizado sujeto

No nos ha sido posible explorar al sujeto estudiado, a pesar de haberlo solicitado a través de la Dirección Letrada de la aseguradora en dos ocasiones. En consecuencia, teniendo en cuenta el análisis realizado al amplio dossier sobre la documentación clínica-jurídica, sobre la contratación de pólizas indemnizatorias previas a la presunta enfermedad y sobre las similitudes diagnósticas y evolutivas de otros expedientes analizados también por quien suscribe, nos inclinamos por diagnosticar al sujeto estudiado de Z76.5 simulación [V65.2], por las siguientes y concretas razones:

- Contratación de al menos dos pólizas de seguros de vida e incapacidad permanente absoluta por valor de varios cientos de miles de euros, justo antes del inicio del proceso clínico, y además habiendo declarado y firmado los cuestionarios de salud de las aseguradoras, en el que se ratificaba como una persona sin ningún

tipo de antecedente médico, quirúrgico o psiquiátrico. Es decir, el estado de salud era completamente normal, sin patología médica o psicológica previa.

- Presentación de la presunta patología delirante en un contexto médico-legal.

Tal y como hemos desarrollado, a lo largo de la pericial, el presunto trastorno delirante con ideación de perjuicio, persecución y autorreferencial debuta inmediatamente después de la contratación de las correspondientes pólizas de vida y en ausencia de antecedentes psiquiátricos previos.

- La anómala evolución del episodio ansioso inicial en intenso desarrollo delirante

Es llamativa la celeridad evolutiva de un episodio de ansiedad (patología leve) recogido en el primer informe del 1er. MAP el 11/07/2011, y derivado de temática laboral, según refería el sujeto estudiado, hacia un trastorno delirante muy intenso con ideas de persecución, vigilancia y perjuicio (patología muy grave), como señala el Psiquiatra del CSM en informe de 31/09/2011: "Paciente en tratamiento por un trastorno depresivo pero que rápidamente se transformó....

Esta evolución hacia un trastorno psicótico tiene escasa credibilidad clínica, ya que los desarrollos delirantes tienen un tiempo de latencia muy largo y lento, alimentándose y creciendo en "tela de araña", captando y almacenando los acontecimientos de la vida cotidiana que directa o indirectamente refuerzan su idea primaria o matriz que finalmente y al cabo de años, compone una estructura con lógica propia y un discurso delirante irrefutable al razonamiento lógico.

- La aversión a los controles médicos y sociales

El psiquiatra del CSM en su informe de fecha 6 de junio 2012 señala que: "La evolución está siendo negativa y a pesar de los 25mg de Haloperidol su ideación delirante se está expandiendo. Últimamente piensa que yo también puedo estar "compinchado".... Cada nueva cita que tiene, tanto en los Servicios Sociales de la Seguridad Social como con los forenses, le alteran mucho y refuerzan su ideación delirante de que le controlan".

"En estas circunstancias desaconsejo formalmente esas citas que no hacen sino agravar su enfermedad. Por el momento el control y la evolución de su estado lo estamos realizando a través de su esposa".

Es obvio que el paciente (presunto) quiera evitar los controles, porque teme cualquier intervención ajena que desmonte su "patología", sigue toda la lógica de la simulación y además en este caso consigue incluso que su psiquiatra lo solicite por escrito: "En estas circunstancias desaconsejo formalmente" y que "el control y la evolución de su estado lo estamos realizando a través de su esposa".

- La intervención activa del cónyuge del simulador (A) ante el médico de familia, psiquiatra de referencia y EVI

Como hemos visto en epígrafes anteriores, en todos los casos estudiados por nosotros, los cónyuges de los simuladores juegan un papel esencial para reforzar la credibilidad del falso proceso patológico, y para tomar el testigo del seguimiento en el momento que interese.

- La imposible objetivación del proceso semiológico (sintomatológico)

La Psiquiatría, actualmente, es la especialidad clínica más utilizada en los fraudes médicos con finalidad, fundamentalmente económica, ya que la sintomatología referida por un paciente en psiquiatría no puede ser objeto de verificación y "sensu contrario" en cualquier especialidad clínica no-psiquiátrica se dispone de exploraciones complementarias e instrumentales para confirmar o desmentir, objetivamente, la patología descrita por el enfermo.

Los instrumentos disponibles en nuestra especialidad, Psiquiatría (cuestionarios de personalidad, inventarios, test...) no determinan de manera objetiva e irrefutable la presencia o no de un síntoma o un trastorno definido.

En el caso que nos ocupa, por ejemplo, no es posible comprobar la intensidad del cuadro clínico. Sólo tenemos la referencia del paciente y/o su cónyuge (discurso monotemático, evolución negativa...). El contexto en que se produce la interacción paciente-médico es también clínico y, por tanto, el profesional no tiene por qué dudar de la versión de la persona atendida. Aún y todo, en los informes de marzo y abril de 2012 del psiquiatra CSM se observa claramente una cautela interesante, así señala, por primera vez: "... Según lo que relata el paciente...".

De este detalle podemos inferir que si el psiquiatra del C.S.Mental hubiese conocido la documental estudiada en este dictamen habría manejado el caso de manera muy diferente.

- Reiteración y pobreza de los informes

Los 8 informes emitidos por el psiquiatra del C.S.Mental son totalmente planos, idénticos prácticamente de principio a fin:

- Julio de 2011. Diagnóstico: estrés agudo con ansiedad e insomnio.
- Octubre de 2011. "Paciente en tratamiento por un trastorno depresivo" (desliz burocrático porque de su puño y letra escribe estrés agudo con ansiedad e insomnio). Pero que rápidamente se transformó en un trastorno delirante muy intenso, con ideas de persecución, vigilancia y perjuicio. La intensidad es tal que ha cambiado totalmente su vida. No sale de casa, vive en permanente angustia, al principio no dormía, se ha vuelto desconfiado y taciturno. A pesar de las dosis importantes de Risperidona, 9mg/día, apenas hay variación en su ideación, está algo menos angustiado y duerme mejor, pero sigue sin salir de casa y su desconfianza es muy importante..."
- Enero de 2012. "No presenta variaciones significativas desde el último informe de octubre. El paciente mantiene todo su sistema delirante, se siente vigilado y perseguido, no saliendo de casa salvo para gestiones imprescindibles".
- Marzo de 2012. Repetición La evolución no está siendo buena [...] Últimamente parece que está algo mejor con dosis altas de Haloperidol.
- Junio de 2012. La evolución está siendo negativa [...] piensa que yo también puedo estar compinchado Cada nueva cita que tiene, tanto con los Servicios Sociales de la Seguridad Social, como con los forenses, le alteran mucho y refuerzan su ideación delirante de que le controlan. .En estas circunstancias desaconsejo formalmente esas citas que no hacen sino agravar su enfermedad. Por el momento el control y la evolución de su estado lo estamos realizando a través de su esposa.
- Septiembre de 2012. La evolución no está siendo buena, "delirante intento" (desliz burocrático en corta-pega de "trastorno delirante intenso") que ha condicionado y cambiado toda su vida. El paciente está muy angustiado..... Se supone que es su cónyuge quien acude a la cita tras el último informe de junio.
- Junio de 2013. El psiquiatra del C.S.Mental además de reiterar lo ya conocido, sin ningún matiz, nos vuelve a ilustrar con "...últimamente falla a sus citas por no atreverse a salir de casa y miedo a sus perseguidores...". Es decir, no ha vuelto por la consulta y sigue siendo informado por su cónyuge que sistemáticamente refuerza el discurso del miedo.

Queda patente en los informes del psiquiatra, que están basados en las referencias del paciente y/o su cónyuge y sobre la reiteración de la misma idea central: el delirio de persecución, rasgo muy característico en el simulador, puesto que ha de aferrarse a un historia elemental pero gruesa sin entrar en los finos detalles que adornan un verdadero delirio. Esto es, un discurso estructurado y florido, con múltiples detalles extraídos de la vida cotidiana y reconvertidos en elementos de evidencia incontestable, que refuerzan la credibilidad del discurso delirante, tal y como sobradamente conoce cualquier facultativo de la especialidad.

- La evolución inicial del proceso desde un episodio de ansiedad a un trastorno delirante en 2 meses, sin antecedentes previos y con un potente tratamiento antipsicótico en dosis elevadas (Risperdal 9mg/día).

Este desarrollo desde un cuadro clínico leve, como un episodio de ansiedad, que desemboca en un cuadro clínico muy grave, como es un trastorno delirante, en un plazo de 2 meses, es prácticamente imposible siendo, además, tratado con altas dosis de antipsicótico potente sin respuesta clínica, añadiendo un indicador más para el diagnóstico de simulación.

i) Sobre el análisis del pelo y el diagnóstico científico de la simulación

Aunque como ya hemos comentado, en la especialidad de psiquiatría no existe posibilidad científica de objetivar los síntomas, sin embargo SÍ es posible conocer el seguimiento correcto de los tratamientos psicofarmacológicos.

Conforme se desprende de la historia clínica del sujeto estudiado, en el capítulo de tratamientos ensayados, al parecer sin éxito, figuran antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos e hipnóticos.

Del último informe de su MAP, de marzo de 2014, se desprende que, al menos, en dicha fecha (no disponemos de informes más actualizados), el sujeto estudiado seguía tratamiento con Haloperidol, Escitalopram y Orfidal (Lorazepam).

Tras el exhaustivo análisis del caso, creemos haber acreditado, con razonable certeza clínica que estamos ante un diagnóstico de simulación y en consecuencia el sujeto estudiado no habría seguido ningún tratamiento psicofarmacológico en los últimos años y menos aún tras haber conseguido su objetivo: Incapacidad Permanente Absoluta por AT.

Este hecho, derivado de la más elemental lógica, nos proporcionaría las herramientas necesarias para desenmascarar el fraude mediante la utilización de un ensayo biológico: análisis del pelo, prueba científica e irrefutable que nos indicaría la presencia o ausencia de cualquier tipo de droga, fármaco u otras sustancias, en una muestra del pelo, y con una capacidad de detección retroactiva de meses e incluso años, habida cuenta que cada centímetro de pelo equivale a un mes de vida. Por tanto bastaría, por ej., con 12 cm de pelo (cabeza, axilas, pubis) para conseguir la concentración de fármaco de un año (12 meses).

Por ello solicitamos al equipo forense del Instituto de Medicina Legal, que a la mayor brevedad posible se realice al sujeto estudiado la prueba del pelo (cabeza, pecho, axilas, pubis) con una longitud mínima de 12 cm, para valorar la presencia o ausencia de los siguientes fármacos :Haloperidol 10mg, Escitalopram 20mg y Lorazepam 1 mg (Orfidal).

Advertimos al equipo forense desde esta pericial, que ha de figurar en su informe la más que probable resistencia a la prueba por parte del sujeto estudiado, procurando dilatarla con la argucia de consultarlo con su abogado, ganando tiempo y aceptándola 2/3 meses después, tras empezar a tomar el tratamiento correcto. Este retraso inducido también serviría como prueba para desenmascarar el engaño.

Asimismo, el análisis toxicológico deberá informar por segmentos de tiempo, es decir, no solo de presencia o ausencia en el pelo de los fármacos solicitados sino también a que fechas pertenecen.

Esta prueba del pelo deberá seguir estrictamente el protocolo establecido para su validez judicial, siendo especialmente riguroso en el tema de la cadena de custodia del pelo analizable, por ser este asunto frecuente motivo de controversia en SALA.

3. CONCLUSIONES

Primera y única: el sujeto, objeto de esta pericial, ha desarrollado desde el año 2011 un proceso fraudulento conocido en la praxis psiquiátrica como simulación, proceso codificado en el DSM IV como: Z76.5 Simulación [V65.2], cuya característica esencial es la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos, como en el caso que nos ocupa, con la intención de obtener una compensación económica.

Según el DSM IV debe sospecharse simulación si existe alguna de las consideraciones siguientes:

- a. Presentación de un contexto médico-legal.
- b. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.
- c. Falta de colaboración durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
- d. Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Manes Marzano, A. Beatriz. Bioquímica del Cuerpo Médico Forense del Laboratorio de Toxicología del Poder Judicial (Buenos Aires). *El pelo como elemento diagnóstico en toxicología forense*. Agosto 2012.
- Chavarría Puyol, H. M., Díaz Salazar, C. E. *Reflexiones sobre la simulación y disimulación en medicina evaluadora*. Rehabilitación. 2008; 42 (6):325-30.
- Estarellas Roca, A.M. *Simulación en la valoración del daño corporal*. Cuad Med For. 1997; 0:21-8.
- Blasco, J.A., et al. *La simulación en psiquiatría forense: instrumentos para su detección*. Comunicacions Lliures Psiquiatría Forense. Sisenes Jornades Catalanes D'Actualització en medicina forense. Barcelona, Noviembre de 2001.
- Gisbert Calabuig, J., Villanueva Cañadas, E. *Medicina legal y toxicología*. 6.^a ed. Barcelona: Masson S.A.; 2004. p. 1394.
- Quezada-Ortega, M. R., et al. *Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral*. Gac Méd Méx. 2006; 142(2):109-12.
- Álvarez Sáenz, J. J. *La simulación y disimulación. Incidencia en el marco laboral de la legislación española*. Diagnóstico en VDC. 2001;13: 12-5. 6. Inda Caro, M., et al. *La simulación de enfermedad física o trastorno mental*. Papeles del Psicólogo. 2005; 26:99-108.
- Figuerido Poulain, J. L. *Engaño, enfermedades autoinfligidas y simulación*. Salud Mental Atención Primaria. Salud Global. Año I, Número 1, 2001, p.1-7.

- García Caro, A. L., et al. *La valoración médica de la invalidez laboral por daño psíquico*. Cuad Med For. 1997; 8:60-8.
- Mélenec, L. *Valoración de las discapacidades y del daño corporal*. París: Masson Editeur; 1991.

3. LA TERMOGRAFÍA POR INFRARROJO EN EL TRAUMATISMO MENOR DE COLUMNA CERVICAL

E. Martín Sánchez

2º. Premio a la Mejor Comunicación

El artículo 135 de la nueva Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema de Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, establece que *los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño con los criterios de causalidad genérica y también que la secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el periodo de lesión temporal.*

Es en este nuevo escenario médico-legal donde la termografía por infrarrojo (TIR) va a ocupar un destacado papel en los próximos años al ser una herramienta sencilla, no invasiva, biosostenible y de bajo coste, que facilita datos muy valiosos para determinar si continuar o no con estudios más específicos.

La TIR en el campo de la medicina es la medida de la energía emitida por nuestro cuerpo en forma de radiación electromagnética que se encuentra en el intervalo de longitudes de onda comprendido entre 1µm y 100 µm, aproximadamente y que se denomina radiación térmica o radiación infrarroja (RI).

Para captar la RI nos valemos de unos aparatos, que en la actualidad son portátiles y asequibles económicamente, son las cámaras termográficas (CT).

La RI fue descubierta por Sir William Herschel en 1800. La imagen de termografía ha sido usada en medicina desde los primeros años de la década de los sesenta,

existiendo muchos problemas para su medida y visualización. En los años 70 con el desarrollo de la informática se facilitó la realización de los termogramas así como la cuantificación y almacenamiento de las imágenes. Un termograma es la imagen obtenida por medio de una CT.

El cuello, en el traumatismo cervical menor (TCM), como decía el Dr. J. Fernández Martín, (V Jornadas Mapfre sobre Valoración del Daño Corporal, Latigazo Cervical y Perjuicio Estético), es *evidencia del "delito", lugar del -delito- y sigue siendo por supuesto, tema de discusión apasionante y continuada entre legisladores, médicos y aseguradores de responsabilidad* y si como se afirmaba en dichas jornadas que *las pruebas complementarias no son realmente útiles en el esguince cervical*, transcurridos ya trece años, con los nuevos avances técnicos y abaratamiento de equipos, a la TIR se le debería dar una segunda oportunidad. En nuestro medio inició su andadura en el año 1997 de la mano del neurocirujano F.J. Robaina Padrón que ya entonces afirmaba que existía una altísima correlación topográfica entre la sintomatología clínica y la existencia de alteraciones termográficas (90-96%), pero al poco tiempo se abandonó su uso por el altísimo coste del equipo utilizado en aquellos momentos.

En la exploración termográfica, en el TCM y en cualquier otra patología, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Entorno de la exploración. Se precisa una habitación de al menos 2 x 3 metros, una temperatura ambiente controlada con un rango de 18-25°, siendo la temperatura de 20° la ideal para visualizar más claramente las lesiones inflamatorias, como es el caso del TCM y que la salida del aire acondicionado no incida sobre el paciente.
- Preparación del paciente. Debe de tener un tiempo de aclimatación, de al menos 10 minutos y preferiblemente estar en ayuno, no haber fumado, no haber realizado ejercicio físico ni haberse aplicado cremas o colonias así como no haberse sometido a terapias rehabilitadoras al menos en las últimas 4-6 horas antes de la prueba.

Estas condiciones en la práctica diaria de la VDC son difíciles de cumplir, por lo que se debe de interrogar al lesionado sobre estos aspectos y registrarlos, para tenerlos en cuenta a la hora del análisis, así como también hay que conocer los medicamentos que pueda estar tomando.

Hay otros muchos aspectos a tener en cuenta a la hora de la realización de un estudio de TIR y que pueden influir a la hora de interpretar un termograma. Para aquellos interesados en profundizar en este tema se recomienda la lectura de la excelente tesis doctoral, *Efecto del Entrenamiento de Resistencia, Velocidad y Fuerza en la Temperatura*

de la Piel a través de la Termografía Infrarroja, realizada por el Doctor Internacional en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, Ismael Fernández Cuevas.

La imagen obtenida en la TIR puede considerarse como un mapa térmico del área que se estudia, que revela las condiciones fisiopatológicas asociadas a distintos trastornos. Su aplicación médica se fundamenta en la fisiología térmica humana y en las bases fisiopatológicas de termorregulación cutánea.

Patrones normales. A nivel de columna nos encontramos habitualmente con tres tipos de patrones que mantienen una simetría térmica:



Figura 1

En la práctica de la TIR como prueba complementaria de ayuda al diagnóstico existen dos fases:

1. Fase de análisis cualitativo. En esta fase nos servimos de la gama de colores asignados a los diferentes grados de temperatura para visualmente, mientras realizamos la exploración, identificar anomalías térmicas que puedan tener un significado clínico en relación con la biomecánica del accidente y las lesiones producidas por este, o el estado previo del paciente. Es la fase más importante en la práctica del médico valorador, pues ello permite, a priori, visualizar zonas o puntos en los que incidir posteriormente en la exploración física.

Para ello es importante contar con una paleta de colores que nos ofrezca un buen contraste y que nos facilite una rápida visualización de la anomalía. Las CT disponen de varios tipos de paletas, debiendo seleccionar uno de ellos, aunque posteriormente, una vez descargada la imagen en el programa de análisis, se puede visualizar bajo el espectro de cualquiera de ellas.

Veamos la diferencia de una misma imagen visualizada con diferentes paletas:

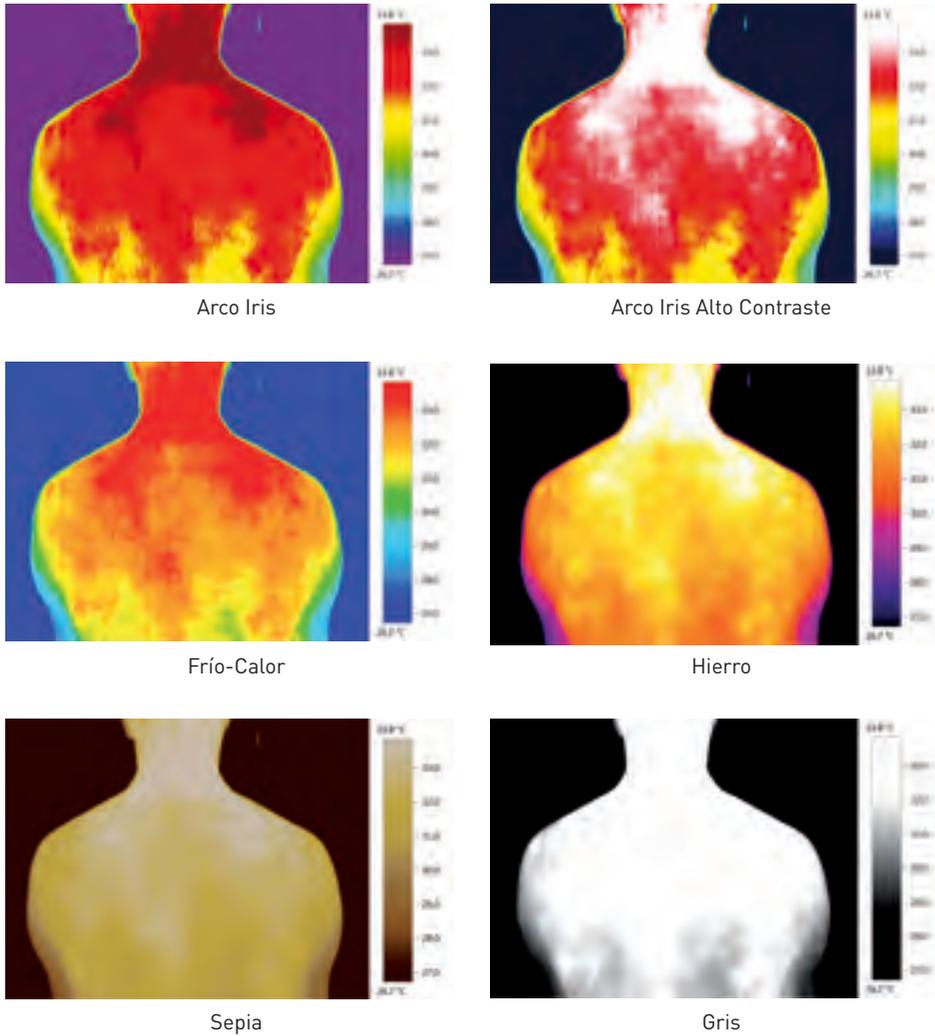


Figura 2. Termogramas correspondientes a la exploración realizada a los 8 días del accidente de un varón de 38 años, conductor de un turismo, que sufre una colisión lateral izquierda. A los 53 días estaba de alta, asintomático y con termograma sin asimetría.

La paleta arco iris es la preferida en medicina y biología. Nuestro equipo trabaja con una variante de la escala de arco iris, la paleta frío-calor, pues nos facilita el visualizar los puntos calientes y a los pacientes les ayuda a la comprensión de la imagen, al presentar mayor contraste, correspondiendo el rojo a los puntos más calientes.

2. Fase de análisis cuantitativo. Para realizar esta fase es necesaria la descarga de la imagen en el programa de análisis del fabricante de la cámara u otro programa específico diseñado a tal fin y que sea compatible con el formato de imagen de la cámara.

Básicamente podremos realizar los siguientes análisis cuantitativos:

2.1. Valores puntuales: El operador señala un punto y aparece la temperatura del mismo o se le solicita al programa que señale donde está el punto más caliente o frío de un área que selecciona el operador. Con esta opción podemos ir cuantificando la temperatura de diferentes zonas para analizar si nos encontramos con una alteración de la temperatura con significado clínico.

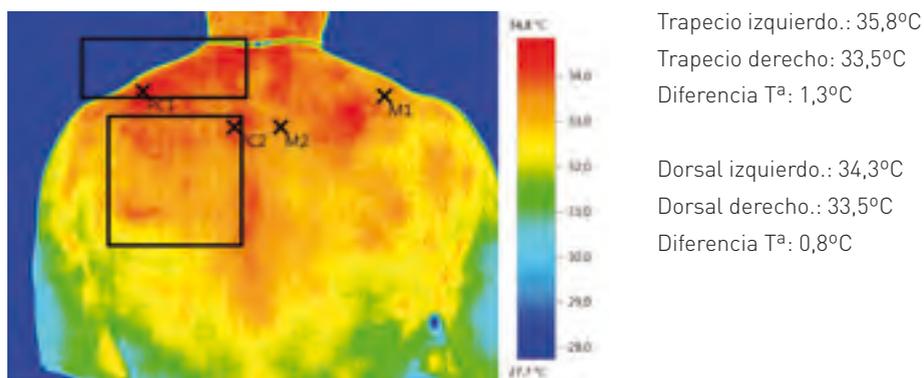


Figura 3. Termograma de varón de 37 años que sufre colisión lateral izquierda al viajar en el asiento del acompañante. Exploración realizada a los 8 días del accidente en la que se puede cuantificar una asimetría con aumento de 1º en el lado izquierdo.

Hasta $0,4^{\circ}\text{C} \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ se consideran asimetrías fisiológicas en el margen superior de temperatura, cuando analizamos termogramas de cuerpo entero, y hasta $0,4^{\circ}\text{C} \pm 0,15^{\circ}\text{C}$ cuando lo hacemos de partes del cuerpo.

2.2. Regiones de interés (RI) e Histograma: El operador selecciona una RI y el programa crea un histograma con los datos de temperatura mínima, máxima y media del área seleccionada.

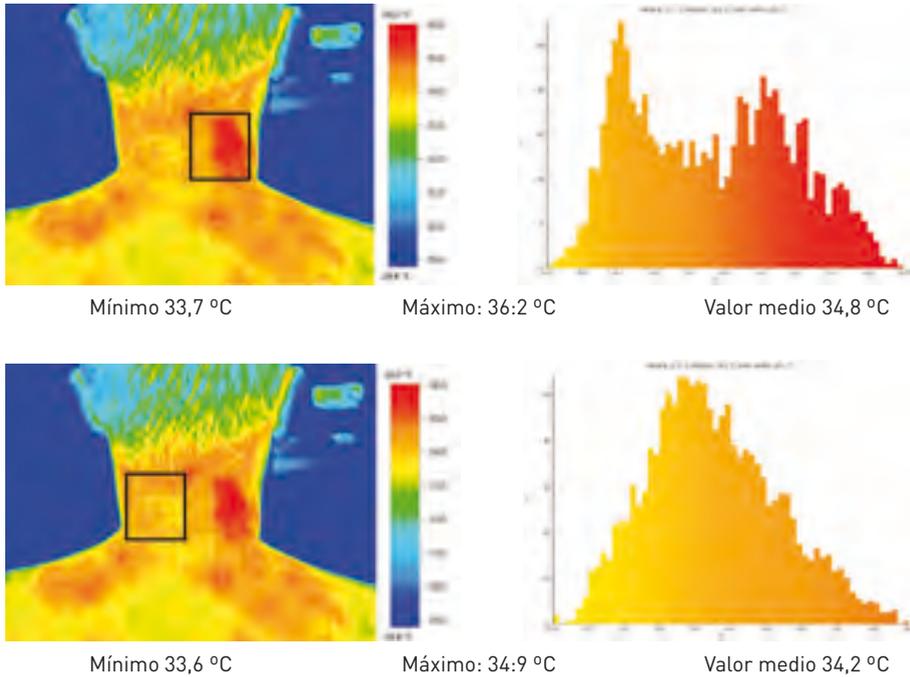
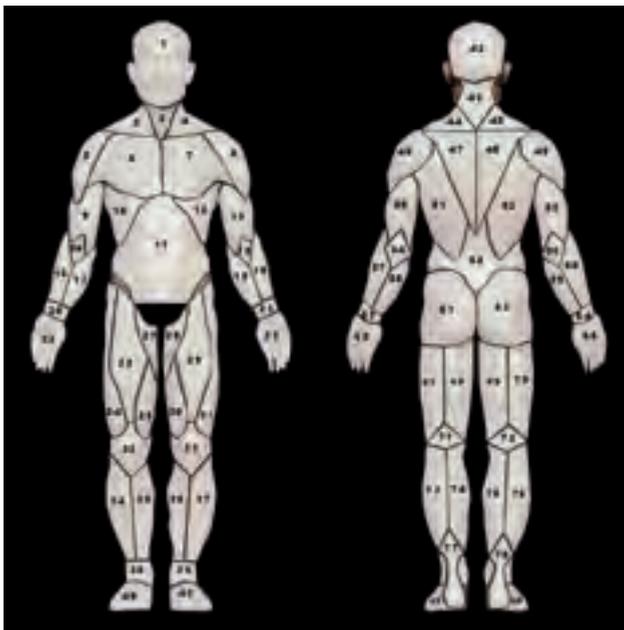


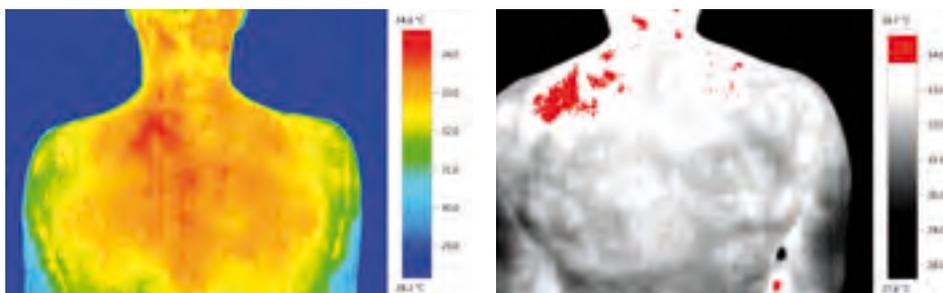
Figura 4. Termograma correspondiente a la exploración realizada a los 14 días del accidente de un varón de 44 años, conductor de un turismo, que sufre una colisión fronto-lateral izquierda. Termograma tomado tras la exploración física.

Existen programas que automáticamente calculan los valores de las RI, como el Thermotracker® ahorrando mucho tiempo y facilitando el análisis. Hay que tener en cuenta que no están disponibles para todas las marcas de CT.



Distribution of the 778 Regions of interest (ROI) made by Termitracker® software by analysung IRT images

2.3. Isotermas. El operador selecciona el intervalo de temperatura que quiera visualizar y elige el color de esa franja. Es útil y rápido para buscar si existen asimetrías o diferencias de temperatura con áreas colindantes que se puedan considerar patológicas.



Termograma con foco caliente sobre trapecio izquierdo.

Isoterma sobre paleta gris, entre 34,6°C y 33,8°C

Figura 5. Termogramas correspondientes a la exploración realizada a los 32 días del accidente de un varón de 33 años, conductor de un turismo, que sufre una colisión posterior.

¿Qué encontramos en el estudio termográfico en el TCM?

Existen muy pocos trabajos de investigación sobre termografía y esguince cervical, el principal cuadro clínico, en el TCM y termografía. Vamos a reseñar tres de ellos:

1. Young Seo Lee y colaboradores realizaron un estudio sobre 42 pacientes con esguince cervical, 36 de ellos como consecuencia de accidentes de tráfico, entre marzo de 2008 y diciembre de 2013. Encontraron aumento de la temperatura inmediatamente después del accidente que disminuía gradualmente después de 2 semanas llegando a valores cercanos a la normalidad. Había una alta correlación con la disminución del dolor valorada en la Escala Analógica Visual (EAV). Otras de las conclusiones era que los síntomas del esguince cervical son altamente variables y algunos de ellos todavía no se pueden explicar fisiopatológicamente. A pesar de que parece que la TIR no es específica y tiene limitados beneficios, puede ser usada, es una herramienta muy útil en los cuadros dolorosos inespecíficos como es el caso del esguince cervical porque es capaz de mostrar de forma objetiva datos sobre la experiencia dolorosa del paciente y su mejoría.
2. Por el contrario Seok Won Kim y colaboradores en un estudio realizado sobre 327 pacientes admitidos en el departamento de neurocirugía del Hospital Universitario Chosun entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de enero de 2002, al día siguiente de sufrir el accidente, encontraron mayoritariamente puntos fríos (92 pacientes con puntos fríos y 68 con puntos fríos y pérdida del patrón normal y 91 consólo pérdida del patrón normal). Señalaron en sus conclusiones que los beneficios de la termografía en pacientes con esguince cervical son:
 - La TIR podría ser efectiva en el diagnóstico diferencial de aquellos pacientes que quieren ser diagnosticados de esguince cervical.
 - Es efectiva en el diagnóstico de dolor cervical durante la recuperación y en la severidad del dolor.
 - Podría ser usada para reducir el coste de la asistencia sanitaria, determinando si una RMN podría ser necesaria. Al ser no invasiva podría dar seguridad y repetitividad. Los datos pueden ser almacenados y reproducidos de forma fácil.
3. Finalmente Gian Carlo Parenti y colaboradores realizaron un trabajo sobre 170 pacientes con el diagnóstico de esguince cervical entre abril del 2012 y enero 2013, de los cuales 140 eran consecuencia de accidentes de tráfico, siendo el tipo de media entre accidente y exploración termográfica de 20 días. Ellos consideraban

hallazgos patológicos cuando la temperatura se incrementaba o disminuía más de 0,8°C con respecto al músculo control. Analizaron grupos musculares en los que además de la TIR hacían una ecografía del músculo a estudiar. En la exploración TIR encontraron aumento de temperatura en 182 trapecios, 11 esplenios, 11 longus colli, 3 músculos paravertebrales y 2 en esternocleidomastoideos. En los casos de disminución de temperatura estos fueron en 5 trapecios, 1 esplenio y 1 en longus colli. En estos casos de disminución de temperatura, encontraron en la ecografía áreas hipoeecóicas sugestivas de presencia de hematoma o líquido en la peri e interfascia, debido a una contusión.

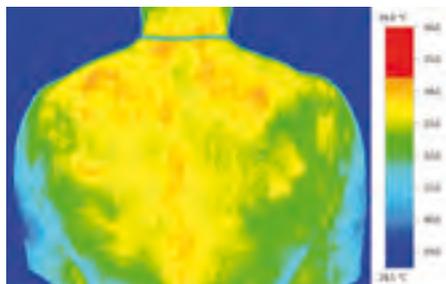
En nuestra experiencia, en que realizamos estudios mayoritariamente antes de los 15 días del accidente, así como tras la estabilización lesional, los patrones con significado patológico en relación con el accidente son predominantemente asimetrías por aumento de temperatura y de forma minoritaria asimetrías por disminución de temperatura. Bien es cierto que vemos con frecuencia a pacientes con áreas ovaladas frías a nivel de apófisis espinosas de T1-T2, pero creemos no guarda relación con el accidente al no ser dolorosas y estar presentes en pacientes que no han sufrido accidentes. De todas maneras se precisan más estudios al respecto.

Hay un aspecto que ya se ha comentado, pero que creemos de especial importancia en el campo de la VDC, es la cronología termográfica en los casos de TCM, al ir disminuyendo las asimetrías hipertérmicas, en la mayoría de los casos, según pasan los días, con lo cual tendremos objetivada la relación de causalidad y dejando sin valor el criterio de intensidad. Por ello se recomienda la realización de la TIR antes de los 15 días tras una colisión de baja intensidad.

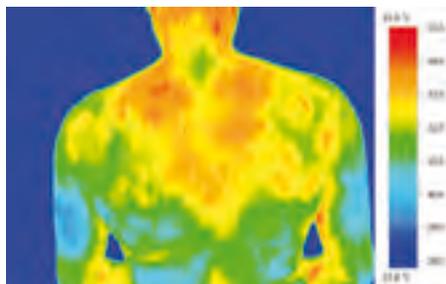
Por otro lado un termograma normal, sin asimetrías, no necesariamente descarta la existencia de una lesión. No hay estudios que hayan objetivado la existencia de alteración de la temperatura a nivel de la piel, en caso de discopatía postraumática sin radiculopatía, ni en la lesión de pequeños músculos cervicales.

La TIR además de ser muy útil para el seguimiento de los pacientes con TCM y valorar la respuesta al tratamiento, es imprescindible para el médico de VDC y médico forense, en la ayuda a la hora de establecer la existencia de secuelas, pues sirve para verificar las zonas referidas de dolor y correlacionarlas con otros hallazgos de la exploración física.

Figura 6



Termograma normal del paciente de la fig. 3, a los 80 días del accidente, con molestia cervical y exploración física rigurosamente normal. Fue alta a los 58 días del accidente.



Termograma normal del paciente de la fig. 5, a los 57 días del accidente, asintomático y con exploración física rigurosamente normal. Fue alta a los 41 días del accidente.

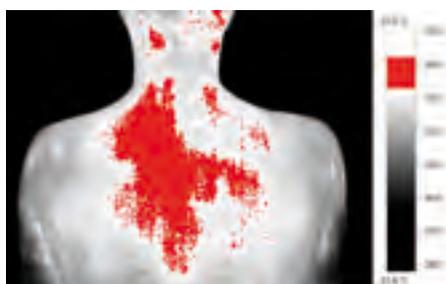
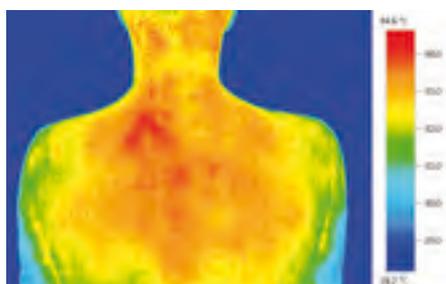


Figura 7. Termograma correspondiente a la exploración realizada a los 63 días del accidente, de un varón de 24 años, pasajero en asiento trasero derecho de un turismo, que sufre una colisión posterior no prevista. Daños mínimos limitados al anclaje del parachoque. Es alta a los 45 días con molestias referidas. El análisis cuantitativo puntual encontraba una diferencia de 1,2°C a nivel del trapecio izquierdo y la isoterma a 34,2°C -33,3°C una clara asimetría a favor de trapecio y musculatura dorsal izquierda.

Cuando no se dispone de la cronología termográfica, se debe de ser muy cauto a la hora de valorar un termograma, pues podemos encontrarnos ante asimetrías no relacionadas con el daño lesivo. Es en este caso donde tanto el análisis del historial clínico como la exploración física son fundamentales para validar la exploración termográfica. En el caso del paciente de la figura 7, desde el inicio refería dolor en hombro y trapecio izquierdo y se había constatado la existencia de contractura del mismo, aunque al alta no estaba presente. En la exploración realizada a los 63 días del accidente existía una clara limitación a la movilidad cervical y dos puntos de contractura dolorosas en el trapecio izquierdo coincidente con los puntos calientes. Presentaba

también una pérdida de fuerza de aprehensión en mano izquierda, que para descartar poca colaboración se realizó un test sostenido de 30 sg que evidenció la existencia de fatiga muscular objetivando la colaboración del paciente. La existencia de secuela de algia postraumática sin compromiso radicular le quedaba objetivada al perito.

CONCLUSIONES

El traumatismo menor de la columna cervical y su lesión principal, el esguince cervical, es un cuadro clínico complejo donde la Termografía por Infrarrojo es una exploración complementaria que cuando se realiza conjuntamente con la exploración física y de forma precoz y preferiblemente antes de comenzar la rehabilitación, documenta la existencia de alteración térmica con una buena correlación con el dolor que refiere el paciente.

La Asociación Europea de Termografía (www.europanthermology.com) desarrolla una extraordinaria labor en la unificación de criterios y establecimientos de procedimientos, pero sobre todo en el campo de la VDC se precisan más estudios de investigación, para el afianzamiento de la rutina diagnóstica.

Nota. Todos los termogramas se han realizado con una cámara TESTO 882 (320 x 240 pixeles), en un ambiente controlado a $22,0\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 1,2\text{ }^{\circ}\text{C}$.

El autor declara que no existe ningún conflicto de intereses relacionado con la comunicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- www.BOE.es – Documento BOE-A-2015-10197.
- E. Hidalgo Salvador, F. Álvarez González, A. Salvador Luna. Aplicación de la termografía infrarroja en medicina legal. ¿Prueba válida para la objetivación de los síndromes dolorosos? Disfunción temporomandibular. Cuadernos Medicina Forense. 2014; 20(2-3): 77:84.
- J. Victoria Díaz. Bases físicas de la termografía. Nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas en patología del aparato locomotor. Fundación Mapfre. Temas de Medicina. Madrid 1986. 3-10.

- Ring EFJ. Thermography and Rheumatic Diseases. Thermography, Bibl. Radiol. 6.97-106 Karger, Basel 1975.
- J. Fernández Martín. Dificultades para la Valoración del Latigazo Cervical. Valoración del Daño Corporal. Latigazo Cervical y Perjuicio Estético. Fundación Mapfre. Temas de Medicina. Madrid 2002. 17- 36
- F.J. Robaina Padrón. Esguince Cervical. Características generales y aspectos médico legales. Rev. Soc. Esp. Dolor. 1998. 5: 214-223.
- EFJ Ring, K. Ammer. The Technique of Infra red Imaging in Medicine. ThermologyInternacional. 2000.10/1. 7-14
- M. Sillero Quintana, I: Fernández Cuevas, J. Arnaiz-Lastras, J. Marins. TERMOINEF Group protocol for thermographic assessment in humans. Technical Report. 2015. www.researchgate.net/publication/281899883.
- I. Fernández Cuevas. efecto del entrenamiento de resistencia, velocidad y fuerza en la temperatura de la piel a través de la termografía infrarroja. 2012. 58-101. www.oa.upm.es/14896/2/ISMAEL_FERNANDEZ_CUEVAS.PDF
- K. Ammer. The influence of color scale on the accuracy of infrared thermal images. Infrared Imaging. A casebook in clinical medicine. Francis Ring, Anna Jung and Janusz Zuber. 2015. Capítulo 4.
- R. Vardasca, EFJ Ring, P Plassmann, CD Jones. Thermal symmetry of the upper and lower extremities in healthy subjects. Thermology Internacional. 2012.22(2). 53-60
- Young Seo Lee, MD, Sung Hwa Paeng, M.D., Ph.D, Hooman F. Farhadi, M.D., Won Hee Lee, M.D., Sung Tae Kim, M.D., Kun Su Lee, M.D., The Effectiveness of Infrared Thermography in Patients with Whiplash Injury. J. Korean Neurosurg Soc. 2015,57(4) 283-288.
- Seok Won Kim, M.D., Seung Myung Lee, M.D., Seong Heon Jeong, M.D. Validation of Thermography in the Diagnosis of Acute Cervical Sprain. J. Korean Neurosurg Soc. 2014, 36 297-301.
- Gian Carlo Parenti, Enzo Gualtieri, Francesco Fontana, Aleardo Benelli, Fabrizio Albarello. Assessment of the Biological Damage in Whiplash Syndrome. Roe of Digital Infrared Thermal Imaging (DITI) and Ultrasonography (US). Open Journal of Radiology. 2013. 3, 222-230.

4. INFARTO DE MIOCARDIO TRAUMATICO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

F. García-Nieto Gómez-Guillamón

M. Wilhelmi Ayza

A. Menchaca Anduaga

A. Hernando Lorenzo

1. INTRODUCCIÓN

El Infarto de Miocardio postraumático (IMPT) es una complicación infrecuente del espectro de lesiones cardíacas que se pueden producir en el traumatismo torácico cerrado. Las lesiones por traumatismo cardíaco cerrado (LTCC) comprenden arritmias, alteraciones de la movilidad de la pared cardíaca y posible insuficiencia cardíaca por disfunción (por contusión miocárdica o infarto de miocardio), rotura de válvulas, septo interventricular o paredes ventriculares o auriculares; su gravedad varía desde formas silentes, arritmias transitorias de gravedad variable o muerte por rotura cardíaca. La insuficiencia cardíaca que puede seguir al IMPT puede llegar a requerir trasplante cardiaco.

Los términos clásicos de contusión cardíaca o contusión miocárdica, usados ampliamente para expresar el daño cardíaco por trauma cerrado, presentan cierta confusión por no haber unanimidad ni en la definición del término ni en el diagnóstico del cuadro.

Se han valorado muchas técnicas diagnósticas, como ECG, Ecocardiografía Transtorácica y Transesofágica, estudio con radionúclidos y marcadores cardíacos bioquímicos, como CPK, CPK-MB y Troponina I y T para su diagnóstico y el tratamiento y predicción de complicaciones. A pesar de todo, sigue siendo un desafío el diagnóstico de la contusión cardíaca en un lesionado. Según los criterios diagnósticos usados, la incidencia de la contusión cardiaca varía entre el 5% y el 50% de los traumatismos cardiacos cerrados y se considera que es la forma más común de lesión cardiaca por trauma torácico cerrado.

La clasificación de la American Association for Surgery of Trauma en seis grupos para lesiones cardíacas penetrantes y no penetrantes, es muy clara y útil para documentación e investigación. El Infarto de Miocardio Postraumático estaría en el grado III, IV o V de la escala, según localización y repercusión clínica. El IMP es poco frecuente, siendo el trauma es uno de los mecanismos no arterioscleróticos que pueden producir Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

El mecanismo de producción de las LTCC es principalmente por desaceleración rápida e intensa después de una colisión de un vehículo de motor, es menos frecuente por precipitación y también puede aparecer después de un traumatismo torácico sobre el precordio, como es en una agresión o en la práctica de deportes. Se han implicado en su producción los cambios bruscos de presión en el tórax y el abdomen, compresión del corazón entre la columna y el esternón, fuerzas de cizallamiento tras desaceleración intensa, lesión por estallido (blastinjury) y otras.

El IMPT es una complicación rara. La arteria coronaria afectada se puede obstruir por laceración, disección, trombosis o compresión por hematoma, habiéndose también mencionado el posible espasmo coronario durante una estimulación adrenérgica intensa, con o sin lesión ateromatosa previa.

La arteria afectada más frecuentemente es la arteria descendente anterior, seguido por la arteria circunfleja y por último la arteria coronaria derecha. En una serie de 77 casos de IMP recogidos en la literatura, el 82% tenían menos de 45 años y solo el 2.5% tenía más de 60; solo en un caso se refirió angina de pecho; en la angiografía coronaria se encontraron en 12 casos las arterias coronarias angiográficamente normales (sugiriendo espasmo o recanalización arterial) y en 31 casos se encontró obstrucción coronaria sin lesión arterioclerótica (sugiriendo intensamente asociación entre el traumatismo y la obstrucción coronaria). Es frecuente la presencia de otras lesiones concomitantes en cabeza, tórax, abdomen o columna.

En las autopsias de una serie de 61 fallecidos por precipitación, se encontró lesión cardíaca en el 54% y en estos hasta un 76% tenían fracturas de esternón asociadas, pero esta fractura esternal solo estaba presente en el 18% de los fallecidos sin lesión cardíaca traumática. En el caso de fractura esternal aislada, la presencia de daño cardíaco asociado es muy rara; en una serie de 152 fracturas esternales por accidente de tráfico, no se encontró asociación de las fracturas esternales con lesiones graves de vísceras torácicas.

La incorporación al nuevo baremo de tráfico de las secuelas de infarto de miocardio postraumático, derivado o no de traumatismo toraco-esternal, lo convierte en un tema de actualidad.

2. DOS CASOS DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR LESIÓN TRAUMÁTICA CARDIACA CON LESIÓN TORÁCICA CERRADA TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO

2.1. Caso 1

Varón de 46 años, sin enfermedades previas conocidas, hábito tabáquico. Presenta accidente en la vía pública, siendo conductor con casco de motocicleta, al parecer tras colisión con otro vehículo que estaba aparcado en una vía rápida. Es atendido por SAMUR, que aprecia bradicardia extrema y Glasgow de 3, iniciando RCP y recuperando latido eficaz tras un minuto de masaje cardíaco. Se procede a inmovilización cervical, intubación orotraqueal, inserción de vías periféricas e infusión de volumen. En el ECG se aprecia elevación del ST de V1 a V5. En el traslado a centro hospitalario, presenta nueva parada cardíaca en asistolia que requiere RCP avanzada, recuperando latido eficaz tras varios minutos de masaje cardíaco y una ampolla de adrenalina.

En la valoración inicial en el hospital se aprecia, entre otros, Glasgow de 3, IOT y ventilación mecánica, TA 90/50, herida en mentón, deformidad a nivel de muslo y pierna con acortamiento y crepitación en el tercio medio de pierna. Presenta nueva parada cardíaca por FV, que se revierte a RS con masaje cardíaco y desfibrilación a 200 julios.

Se realiza mapeo radiológico con TC cráneo-cervical y toraco-abdominal con contraste IV, encontrándose fractura de rama ascendente de mandíbula, Fracturas costales 4ª, 5ª, 6ª y 7ª izquierdas y 3ª y 4ª derechas. En el ECG hay RS, imagen de BCRD, elevación del ST de V2 a V5, I y aVL con imagen especular inferior.

El ecocardiograma transtorácico muestra: ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia concéntrica leve, aquinesia-hipoquinesia severa en cara anterior, lateral y septo anterior de predominio mediobasal con extensión a ápex estricto y segmentos distales inferoposteriores. FE subjetiva de 35-40%. Alteración de la relajación. ventrículo derecho y aparato valvular sin alteraciones.

Con diagnóstico de MP y tras descartar lesiones hemorrágicas graves, se inicia antiagregación. Se traslada a sala de Hemodinámica donde se realiza coronariografía urgente, encontrando disección en DA proximal y placa rota en Tronco distal, con Flujo TIMI 3. (Fig. 1, a y b).

Lesiones del árbol coronario

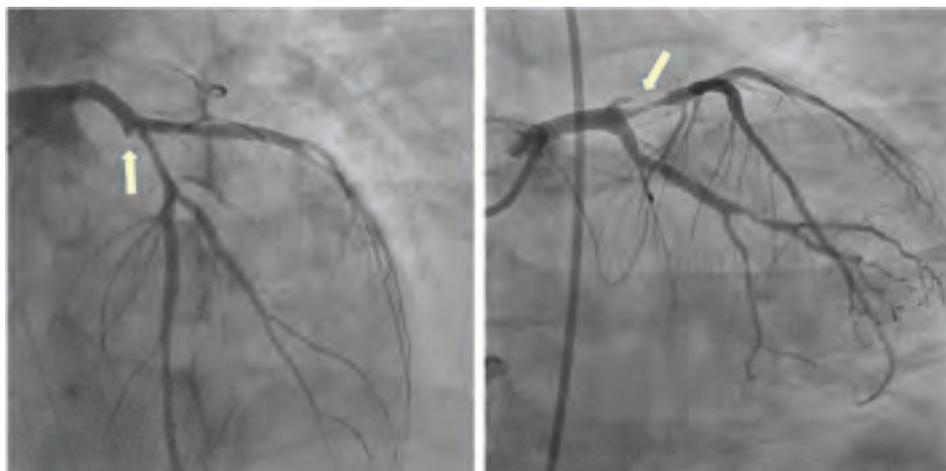


Fig. 1 (a)

Fig. 1 (b)

Se mantiene antiagregación y se indica repetir coronariografía en una semana, según evolución clínica.

Traumatología coloca férula en las fracturas y Urología sutura la herida escrotal.

Posteriormente se realizó osteosíntesis quirúrgica de sus lesiones óseas y traqueotomía. A la semana se realiza nueva coronariografía programada y dirigida a control de la lesión y tratamiento definitivo, que muestra lesión focal en arteria obtusa marginal, rama de la Arteria Circunfleja, sobre la que se coloca stent directo y placa rota en tronco distal- arteria descendente anterior proximal, con zona aneurismática-hematoma, sobre la que se coloca stentfármacoactivo, (Fig. 2), añadiéndose AAS a la antiagregación con ticagrelor. Presenta mejoría progresiva de su situación neurológica y respiratoria pudiéndose desconectar de la ventilación mecánica, decanular y trasladar a planta convencional de hospitalización a las 3 semanas.



Figura 2. Imagen tras revascularización

2.2. Caso 2

Se trata de un varón, de 18 años de edad, conductor de motocicleta, con casco, que sufre salida de vía a una velocidad estimada algo superior a 30 km/h, impactando contra un árbol (Fig. 3).



Figura 3. Desplazamiento post-colisión del Sr. X. Dos metros desde el punto de choque contra el árbol y a una altura de 0,70 metros, medida tomada en un ciclomotor de iguales características que el implicado.

A la llegada de la asistencia médica de urgencia, presenta agitación psicomotriz, Glasgow de 11, SaO₂ de 78% con TA de 86/60. En el ECG destaca lesión subepicárdica anterolateral extensa. Es trasladado al hospital donde precisa inicialmente intubación orotraqueal por hipoxia y colocación de drenaje torácico por neumotórax traumático. Sufre traumatismo craneoencefálico con fractura de órbita, de macizo facial y mandíbula, lesión axonal difusa tipo II, lesiones en tórax (fracturas costales múltiples, fractura de clavícula izquierda, contusión cardíaca, contusión pulmonar, neumotórax traumático). Se realiza nuevo ECG que muestra complejos QS de V1 a V5 con voltajes disminuidos, y alteraciones del ritmo cardíaco del tipo de taquicardias supraventriculares y taquicardias ventriculares no sostenidas.

Se realiza ecocardiograma transtorácico y transesofágico que muestra trastornos de la contractilidad segmentaria, con hipoquinesia severa en cara anterior, sin derrame pericárdico ni alteraciones valvulares.

En su evolución presenta grave compromiso respiratorio inicial y precisando ventilación mecánica, con contusión pulmonar bilateral y fistulas broncopleurales. En duplex transcraneal se evidenció trombosis de la arteria carótida interna derecha, con infarto isquémico en territorio de la arteria cerebral media, colocándose stent y apreciándose posteriormente transformación hemorrágica de la zona.

Se realizó coronariografía que muestra un arteria descendente anterior media con imagen de compresión extrínseca, colocándose varios stents. En los ecocardiogramas de control transtorácicos y transesofágicos se aprecia disfunción ventricular izquierda severa, con fracción de eyección del 35%. En cateterismo cardíaco realizado posteriormente se objetiva en la ventriculografía "un ventrículo izquierdo dilatado y con aneurisma anteroapical con función sistólica deprimida en grado severo. FEVI 30,8%" y en la coronariografía "persistencia de buenos resultados de los segmentos tratados". Tratado con infusión intracoronaria de células madre, se observó una mejoría en la FE ventricular izquierda, al año de tratamiento.

3. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se trata de sendos accidentes de tráfico, de varones de 42 y 18 años de edad respectivamente, conductores de motocicletas, sin patología coronaria previa conocida, ni factores de riesgo coronario salvo el hábito tabáquico en el de mayor edad, que sufren accidente de tráfico con politraumatismo que incluye trauma torácico, con fracturas costales y lesiones pulmonares y con ECG obtenido por los servicios de urgencia, con

imagen de lesión subepicárdica en cara anterior del corazón. En la coronariografía se aprecia lesión de la arteria descendente anterior.

Ambos fueron tratados en UCI, con buena evolución el primero, (tras recuperación de tres paradas cardíacas) y con secuelas neurológicas y cardíacas graves el segundo

El tratamiento de elección del infarto de miocardio es la reperfusión precoz de la arteria relacionada con el infarto, para reducir el daño cardíaco y la mortalidad y morbilidad. La coronariografía es el método de confirmación de la lesión coronaria, valoración de la misma y elección del tratamiento idóneo, preferiblemente con implantación de stent coronario debido al riesgo de reoclusión coronaria; se puede complementar con ecografía intracoronaria (IVUS). Preferiblemente debe ser realizada de urgencia y por personal experto. Dado que el uso de anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios favorece la hemorragia, en un paciente muchas veces politraumatizado, antes del procedimiento se debe excluir el sangrado activo o de alto riesgo, especialmente intracraneal, torácico o abdominal.

Habrá que hacer una valoración individualizada en cada caso antes de la toma de decisiones. En caso de hemorragia de órganos se valorará tratamiento conservador y realización de coronariografía diferida, que presenta peores resultados pero tiene bajo riesgo de sangrado.

El caso idóneo para intervencionismo coronario precoz sería el IMPT tras un trauma cerrado torácico como lesión única, (p.ej. en la práctica deportiva).

En nuestro primer caso, la coronariografía se puede hacer de urgencia, encontrándose disección de la DA, con flujo TIMI 3 (vaso permeable), por lo que se decide tratamiento antiagregante inicial y realizar el intervencionismo coronario de forma diferida para implantación de stent fármaco activo, con indicación de repetir la coronariografía de urgencia si la situación clínica así lo requiere.

En el segundo caso, el ECG realizado por el servicio médico de urgencia muestra imagen de IAM agudo. El ECG obtenido en el centro hospitalario horas después, tras estabilización del paciente, presenta imagen de infarto de miocardio evolucionado por lo que, ante la grave situación clínica del lesionado, el riesgo añadido durante el traslado y la menor eficacia de la reperfusión coronaria en un IM evolucionado, la coronariografía se hace de forma diferida, encontrándose disección de la arteria descendente anterior y colocándose un total de 5 stents convencionales.

En ambos casos hay traumatismo directo toraco-esternal, con secuelas recogidas en el capítulo IV, con infarto de miocardio postraumático derivado de traumatismo toraco-es-

ternal (Código 04007, 10-20 puntos), y que cursan con fracción de eyección disminuida (Códigos 04001-04004, 5-90 puntos) y que han precisado prótesis vasculares (stent) (Código 05018, 8-25 puntos).

Esta tipificación de secuelas facilita la valoración pericial del Infarto de miocardio postraumático respecto al anterior baremo, con el que era preciso una valoración individualizada.

Como vemos, en el Capítulo IV del nuevo baremo no está contemplada la contusión cardíaca como secuela. Ya comentamos en la introducción que los términos contusión cardíaca y contusión miocárdica, tan ampliamente usados en la clínica, son términos poco precisos y de difícil categorización, por no haber unanimidad ni en la definición del término ni en el diagnóstico del cuadro. En el nuevo baremo se usa un criterio más próximo a la clasificación de la *American Association for Surgery of Trauma*, que ya citamos en la introducción.

Es importante la diferenciación entre infarto de miocardio postraumático derivado de traumatismo toraco-esternal (Código 04007) del Infarto de miocardio postraumático sin traumatismo toraco-esternal por desestabilización de estado anterior y presentado en un máximo de 72 horas desde la ocurrencia del accidente (Código 04008). Ambos presentan distintos mecanismos de producción, presentación, diagnóstico, tratamiento y secuelas. La diferencia entre ellos, así como de si es IAM postraumático o no postraumático, se realiza según se establezca o no el nexo causal después del estudio en profundidad del tipo y presentación del accidente, las lesiones sufridas y la historia clínica, con los hallazgos diagnósticos y los antecedentes del lesionado. De esta forma podremos valorar correctamente las secuelas.

Se ha visto que los pacientes ingresados por trauma torácico cerrado presentan un aumento de diagnósticos de IAM a su alta, con un aumento de riesgo; también se encontró mayor incidencia de IAM en lesionados de abdomen y pelvis.

La reconstrucción médica del accidente, debe ser capaz de explicar el mecanismo y forma de producción de la lesión cardíaca. Con los signos y síntomas del lesionado y con las pruebas complementarias, estableceremos el diagnóstico de infarto agudo de miocardio. El ECG inicial y luego seriado es de absoluta importancia en el diagnóstico. Se complementará con ecocardiografía y determinación de troponina. El mejor tratamiento es la revascularización coronaria precoz, siempre que sea posible.

Establecer si el IAM ha sido previo o posterior al accidente tiene una enorme importancia médico-legal. Hay que indagar especialmente en las circunstancias del acci-

dente. En el primer caso presentado, las noticias iniciales de prensa indicaban que “motorista está grave tras sufrir un infarto y tener un accidente de tráfico”. En la reconstrucción del accidente se comprueba que estando circulando normalmente y, tras esquivar a un vehículo detenido por avería, es arrollado por otro vehículo que se da a la fuga. Por tanto, se descarta que el accidente haya sido secundario a una pérdida de conocimiento tras un infarto previo al traumatismo.

Los criterios de nexo causal, basados en los criterios clásicos de Bradford Hill, Simonin y otros, se pueden resumir en:

- Criterio de intensidad: trauma de suficiente intensidad para producir las lesiones evidenciadas. Es distinto en caso de ocupante de vehículo con cinturón de seguridad que en el impacto directo de conductor de moto, especialmente con pasajero.
- Criterio etiológico: adecuado a su etiología traumática.
- Criterio topográfico: traumatismo torácico, muchas veces con lesiones asociadas.
- Criterio de continuidad: encadenamiento anatomoclínico, con continuidad de manifestaciones.
- Criterio cronológico: adecuación temporal, a considerar el tiempo de latencia. Las alteraciones ECG y el dolor isquémico son de aparición inmediata, aunque puede haber un intervalo silente si la arteria coronaria lesionada permanece suficientemente permeable durante un tiempo.
- Criterio de especificidad: exclusión de preexistencia de daño (integridad de la zona), y exclusión de una causa extraña al traumatismo. La lesión arterial única va a favor del origen traumático, aunque se han descrito roturas traumáticas sobre placa arteriosclerótica.

4. CONCLUSIONES

1. En el trauma torácico cerrado, (especialmente sobre zona precordial), debemos sospechar una posible lesión cardíaca. La presencia de lesiones asociadas, como traumatismo craneoencefálico, puede hacer pasar desapercibido el trauma cardíaco.
2. Se hará el diagnóstico mediante la realización de ECG de forma rutinaria y, eventualmente, ecocardiograma. Teniendo en cuenta el valor relativo de algunos marcado-

res bioquímicos cardíacos en un traumatizado, será preferible la determinación de Troponina. La coronariografía (y eventual ecografía intravascular, IVUS), es de gran valor para la valoración de la lesión, así como su tratamiento.

3. Se deben establecer Prioridades Diagnósticas y de Tratamiento según situación clínica, así como valorar las lesiones asociadas al establecer el tratamiento.
4. Se identificará a los pacientes en riesgo de graves complicaciones cardíacas (arritmias, shock cardiogénico, aneurismas) mediante ECG, ecocardiograma y enzimas cardíacas, se les vigilará especialmente y se tratarán sus lesiones de forma adecuada. En el caso raro de IMPT es importante el diagnóstico precoz e intervencionismo cardíaco para su adecuado tratamiento. La fibrinólisis presenta un riesgo de sangrado demasiado elevado.
5. Es muy importante la reconstrucción médica del accidente y el estudio de la historia clínica para establecer el nexo causal, y establecer las diferencias entre Infarto postraumático e infarto NO postraumático, así como entre Infarto de miocardio postraumático derivado de traumatismo toraco-esternal (código 04007, 10-20p) e infarto de miocardio postraumático sin traumatismo toraco-esternal por desestabilización de un estado anterior (código 04008, 8p).
6. En Medicina Pericial y Legal, debemos establecer el Nexo Causal, las Posibles Concurrencias en la Producción y Evolución de las Secuelas y las Enfermedades concomitantes.
7. Se abre un gran campo (presente y futuro inmediato), en la investigación médica de accidentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mattox KL, Flint LM, Carrico CJ, Grover F, Meredith J, Morris J, Rice C, Richardson D, Rodriguez A, Trunkey DD. Blunt cardiac injury. *J Trauma*. 1992; 33(5):649.
- RuDusky BM. Classification of myocardial contusion and blunt cardiac trauma. *Angiology*. 2007; 58:610–3.
- Holanda MS, Domínguez MJ, López-Espadas F, López M, Díaz-Regañón J, Rodríguez-Borregán JC. Cardiac contusion following blunt chest trauma. *Eur J Emerg Med*. 2006; 13:373–6.

- C. Fleitas Quintero, R. Gómez Izquierdo, J.E. Cascallana de la Puente, R. M. Colino Nevot, A. García Fernández, M.G. Pazos González, Infarto de miocardio secundario a un traumatismo torácico cerrado que requirió trasplante cardíaco, *Emergencias*, 2002;14:104-106].
- Elie MC, Blunt cardiac injury. *Mt Sinai J Med*. 2006; 73(2):542.
- Sybrandy KC, Cramer MJ, Burgersdijk C. Diagnosing cardiac contusion: old wisdom and new insights. *Heart*. 2003; 89:485-9.
- Prêtre R, Chilcott M. Blunt trauma to the heart and great vessels. *N Engl J Med*. 1997; 336: 626-32.
- Sutherland GR, Driedger AA, Holliday RL, Cheung HW, Sibbald WJ. Frequency of myocardial injury after blunt chest trauma as evaluated by radionuclide angiography. *Am J Cardiol*. 1983; 52:1099-103.
- Moore EE, Malangoni MA, Cogbill TH, Shackford SR, Champion HR, Jurkovich GJ, McAninch JW, Trafton PG. Organ injury scaling. IV: Thoracic vascular, lung, cardiac, and diaphragm. *J Trauma*. 1994;36(3):299.
- Vasudevan AR, Kabinoff GS, Keltz TN, Gitler B. Blunt chest trauma producing acute myocardial infarction in a rugby player. *Lancet* 2003; 362: 370
- Alcocer GMA y cols. Infarto agudo del miocardio secundario a trauma cerrado de tórax, *RevMexCardiol* 2014; 25 (2): 121-125
- Foussas SG, Athanasopoulos GD, Cokkinos DV. Myocardial infarction caused by blunt chest injury: possible mechanisms involved-case reports. *Angiology*. 1989;40(4 Pt 1):313.
- Jensen S, Kristensen IB, Kristensen. Lethal myocardial infarction subsequent to compression of the left anterior descending coronary artery induced by traumatic hematoma. *Int J Legal Med*. 1992; 105(2):121.
- Diaz-Mendez, Vásquez-Cortés J.A., Infarto del miocardio secundario al traumatismo torácico cerrado. Informe de un caso, *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc*. 2010; 18(5) 563-566].
- Árbol Linde F, y cols., Aneurisma de Arteria Coronaria e Infarto Agudo de Miocardio Secundario a Traumatismo Torácico, *Med. Intensiva* 2000; 24: 278-280].

- Mastroberto P., Di Mizio G. y cols., Occlusion of left and right coronary arteries and coronary sinus following blunt chest trauma, *J. Forensic Sci.* 2011 Sep;56(5):1349-51.
- H. Kara, A. Avci y cols., Blunt chest trauma as a cause of acute myocardial infarction, *ActaClin. Belg.* Vol. 69, nº 5, Oct. 2014, 367-370).
- Christensen MD, Nielsen PE, Sleight P. Prior blunt chest trauma may be a cause of single vessel coronary disease; hypothesis and review. *Int J Cardiol.* 2006 Mar 22;108(1):1-5. Epub 2005 Jun 17.
- Türk EE, Tsokos M. Blunt cardiac trauma caused by fatal falls from height: an autopsy-based assessment of the injury pattern. *J Trauma.* 2004;57(2):301.
- Rashid MA, Ortenwall P, Wikström T. Cardiovascular injuries associated with sternal fractures. *Eur J Surg.* 2001; 167(4):243.
- Hills MW, Delprado AM, Deane SA. Sternal fractures: associated injuries and management. *J Trauma.* 1993; 35(1):55.
- Fu ZL, Yao HC. Percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction following blunt chest trauma. *Int J Cardiol.* 2013 Oct 3;168(3):2983-4. doi: 10.1016/j.ijcard.2013.04.100. Epub 2013 May 1.
- SerrullaRech F, Disección coronaria aguda e infarto de miocardio secundarios a accidente de tráfico: Presentación de un caso y sus problemas de valoración pericial médica. *Revista de la Escuela de Medicina Legal.* 2007: 4:4-15
- Ismailov RM, Ness RB, Weiss HB, Lawrence BA, Miller TR. Trauma associated with acute myocardial infarction in a multi-state hospitalized population. *Int J Cardiol.* 2005; 105(2):141.
- Moreno R., Pérez del Todo J. y cols., Primary stenting in acute myocardial infarction secondary to right coronary artery dissection following blunt chest trauma. Usefulness of intracoronary ultrasound, *Int. J. Cardiol.* Vol. 103, No. 2, , 18 Aug. 2005, Pag. 209-211).

5. VALORACIÓN DE SECUELAS DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO COMO CAUSA DE INCAPACIDAD LABORAL. CASO CLÍNICO

M. I. Fernández Sierra

RESUMEN

En los últimos años, en especial relación con la crisis económica y las condiciones laborales, se ha visto un incremento de los accidentes en el ámbito laboral, en especial en el sector de la construcción, donde muchas veces la gravedad de las lesiones conlleva a un desenlace fatal, siendo una de las lesiones más frecuentes el traumatismo craneoencefálico (TCE) bien sea cerrado o abierto y en diferentes grados de gravedad según la característica de la acción vulnerante. El TCE representa un grave problema de salud y es la causa más común de muerte y discapacidad en la gente joven, sin contar las grandes repercusiones económicas relacionadas. Si bien la rapidez de la atención sanitaria, el establecimiento de medicas tanto farmacológicas como quirúrgicas mejora el pronóstico de las lesiones e intenta minimizar la repercusión funcional de las secuelas, donde se incluye también una rehabilitación precoz, personalizada y dirigida a la recuperación de la práctica totalidad de la funcionalidad del sujeto, no en pocas ocasiones quedan secuelas clínicas que además por sus características particulares son de difícil diagnóstico pero no por ello menos importantes y que además producen disfuncionalidad no solo en la esfera laboral sino que también tienen una importante repercusión social y familiar en la actividad del sujeto. El manejo médico es por tanto en el momento actual enfocado a minimizar el daño secundario, optimizando la perfusión y oxigenación cerebral, así como prevenir y tratar la comorbilidades. No obstante el tratamiento de esta enfermedad sigue siendo un reto para la medicina y cuando ha sido producto de un accidente laboral es de una crucial importancia la valoración funcional de secuelas y la condición de apto para continuar realizando la actividad laboral habitual.

CONCEPTO

El TCE es la alteración en la función neurológica a causa de una fuerza traumática externa que ocasione un daño físico en el encéfalo.

CLASIFICACIÓN

Se clasifica según Gennarelli en leve, moderado o severo dependiendo del nivel de conciencia objetivado a través de la escala de coma de Glasgow, valorada durante la evaluación inicial de la víctima.

El TCE leve (G14-15) se corresponde con una pérdida de conciencia menor a treinta minutos o incluso sin llegar a perder la consciencia, suelen presentar sintomatología inespecífica que incluye cefalea, confusión, amnesia del episodio y por lo general se produce la recuperación neurológica completa. No se evidencia daños en las pruebas de imagen.

En el TCE moderado (G9-13) hay alteraciones del nivel de conciencia que incluye los estados letárgicos o estuporosos, es frecuente los hallazgos anormales en las técnicas de neuroimagen, clínicamente requieren hospitalización y según los hallazgos puede ser necesaria la intervención neuroquirúrgica. Es frecuente el desarrollo de síndrome post-conmocional posterior al TCE, cuyas características principales son fatiga, mareo, cefalea, dificultad para la concentración, pérdida de memoria. La duración de este síndrome es variable y se puede perpetuar como secuela definitiva con repercusión variables según la intensidad de la sintomatología.

En el TCE Grave o severo (G3-8): es frecuente un estado comatoso propio de lesiones neurológicas significativas, son frecuentes las alteraciones en las pruebas de neuroimagen, siendo lo más frecuente la fractura de cráneo y la hemorragia intracraneal. Estos pacientes requieren ingreso en unidad de cuidados intensivos y medidas urgentes para control de vía aérea, ventilación mecánica, evaluación quirúrgica, monitorización de la presión intracraneal. La recuperación es prolongada, por lo general es incompleta con importantes secuelas funcionales y mortal en la mayoría de los casos.

La fisiopatología del TCE se divide en dos fases, la primera fase abarca el daño inicial como resultado único del evento traumático. La segunda fase se da por múltiples procesos neuropatológicos que pueden seguir de días a semanas después del traumatismo inicial. El objetivo del tratamiento es intervenir de manera oportuna para evitar el daño secundario de la segunda fase minimizando la repercusión funcional.

El diagnóstico del TCE es clínico, se basa en gran medida en la historia clínica obtenida del paciente si es posible o de cualquier testigo que haya presenciado el traumatismo, la exploración neurológica debe ser lo más detallada posible, se complementa con pruebas de imagen que van desde la radiología simple hasta el estudio de TAC que es la prueba de neuroimagen de elección en el TCE.

El tratamiento es personalizado y se ha estudiado en tres niveles fundamentales se inicia con el tratamiento pre hospitalario que se realiza en el lugar de los hechos, el tratamiento intrahospitalario y el tratamiento regenerativo.

Complicaciones y patologías más frecuentes derivadas de un TCE: infecciones, síndrome de segundo impacto, convulsiones, trastornos auditivos y del equilibrio, síndrome post-conmocional, hemiplejias, tetraplejias, paresias, parálisis, entre otros.

1. CASO CLÍNICO

Varón de 32 años de edad, trabajador de la construcción, accidente laboral con precipitación desde una altura de dos metros con traumatismo craneofacial, ingresa con Glasgow 8, se evidencia en neuroimagen fracturas múltiples de hueso frontal derecho con hundimiento de fragmentos a nivel intracraneal, fractura de techo de orbita derecha con hundimiento y exoftalmos asociado.

Tratamiento: ingreso hospitalario en UCI, requiere intervención quirúrgica de urgencia realizada en el servicio de neurocirugía con evacuación de hemorragia cerebral, reconstrucción de fragmentos con miniplacas y rapidflap, reconstrucción de hundimiento frontal, medidas sintomáticas y posterior tratamiento rehabilitador.

Informe de alta de neurocirugía 21/05/2012

Fecha de la baja 26/10/2011, fecha de alta 21/05/2012. Paciente que sufrió TCE y preciso craneotomía con evacuación hemorragia cerebral. Buena evolución, ha recibido seguimiento en consultas con cicatrización correcta de scalp craneal, inicialmente presentaba mareos y cierta inestabilidad que ha ido remitiendo, no presenta déficits neurológicos y se recomienda reincorporación gradual a su actividad laboral. En principio no precisa seguimiento por neurocirugía.

Informe médico forense de valoración de lesiones 06/05/2015

- Alta por estabilización lesional.
- Lesiones: TCE con fracturas múltiples en hueso frontal derecho, con hundimiento de fragmentos a nivel intracraneal, fracturas de techo de la órbita derecha con hundimiento y exoftalmos asociados.
- Días:
 - Hospitalización: 10 días
 - Impeditivos: 199 días
 - Curación/estabilización: 209
- Secuelas (asimiladas al baremo de tráfico):
 - Anosmia: 7 puntos
 - Síndrome post-conmocional (cefaleas, vértigos, alteraciones del sueño, de la memoria, del carácter, de la libido): 8 puntos
 - Materiales de osteosíntesis: 5 puntos
- Valoración total integrada: 20 puntos
 - Perjuicio estético ligero: 6 puntos
 - Cicatriz frontotemporal secundaria a intervención quirúrgica (22 cm)
 - Cicatriz frontal derecha (6 cm)
 - Asimetría ocular derecha.
 - Cicatriz en pierna derecha (3 cm)

Informe de valoración médica INSS 11/07/2012

- Antecedentes: inicia AT 26/10/2011 tras caída de altura: TCE leve. Fracturas faciales múltiples. IQ fractura hundimiento frontal intervenido con reconstrucción de fragmentos con miniplacas y rapidflap, no roturas a nivel dural, reconstrucción de hundimiento frontal.
- Afectación actual: cefalea, anosmia, mareos, parestesias parietales derechas, molestias en ingles orientada como puntos herniarios

- Exploraciones por aparatos:
- Vista: limitación de supraducción de ojo derecho, en informe 4/11/2011 diplopía binocular, control oftalmológico mutua 15/05/2012 no diplopía.
- Olfato y gusto: disminución sentido olfato, puede diferenciar algunos olores.
- RMN: cambios post-quirúrgicos frontales derechos
- Sistema nervioso: consiente, orientado, marcha estable, pares craneales aparentemente normales, informe 4/11/2011 no focalidad neurológica, no crisis comiciales, buena evolución, reincorporación gradual a su actividad laboral, en principio no precisa seguimiento por neurocirugía.
- Afecciones psíquicas: acude acompañado, consciente, orientado, refiere pérdidas de memoria, olvidos frecuentes.
- Otros: cicatriz 26 cm en cuero cabelludo, 6 cm en frente, 3 cm en pierna derecha, asimetría ocular derecha
- Conclusiones: TCE leve. Fracturas faciales leves. Fractura hundimiento frontal intervenida.
- Limitaciones orgánicas y funcionales: lesión permanente no invalidante.
 - Conclusiones:
 - Cicatriz cuero cabelludo 26 cm, frente 6 cm y pierna derecha 3 cm
 - Asimetría ocular derecha
 - Hiposmia
 - No déficit neurológico

Informe forense 16/02/2015. Valoración solicitada por el Juzgado de lo Social

- Antecedentes médicos y tratamiento: los antes nombrados
- Valoración Médico forense:
- Refiere en el momento actual cefaleas intensas 3-4 veces por semana que no ceden a pesar de tratamiento preventivo, cefalea diaria de menor intensidad; refiere pérdida

de memoria en especial memoria reciente, anosmia, mareos y disminución de la agudeza visual. Refiere trabajar en el momento actual como camarero en un bar de un familiar.

- Exploración: destaca sintomatología compatible con frontalismo, con cambios de carácter e impulsividad referidos por familiares cercanos. Cicatrices con buen aspecto refiere dolor a la palpación tanto en la cicatriz del cuero cabelludo como en la de la región frontal. En la exploración neurológica destaca romberg con leve lateralización a la derecha, moderada disdiadococinesia, reconoce algunos olores cuando la intensidad es considerable. Minimental: 24. No se evidencian otras alteraciones reseñables.
- Conclusiones:
- Patologías que aquejan al compareciente: cuadro residual compatible con un síndrome post-conmocional (alteración de la memoria, mareos o vértigos, cefaleas, disminución de agudeza visual y anosmia)
- Limitaciones funcionales: limitación para realizar trabajos en alturas, trabajos que requieran concentración y memoria a corto plazo, no debe manejar maquinaria peligrosa ni realización de esfuerzos extremos.
- La limitación funcional es compatible con la actividad de hostelería que realiza en el momento actual.

Informe de valoración funcional del equilibrio 04/06/2015

- Resultado global: el resultado global ponderado de todos los test realizados en el estudio por parte del paciente ha sido del 76%, se corresponde a un resultado dentro del rango funcional del 70-79% de alteración moderada de la base de datos normalizada, segmentada por edad y sexo.
- El resultado obtenido no es totalmente representativo de su estado por el índice de colaboración que se indica por debajo de sus posibilidades/simulador. En cualquier caso hay que correlacionar con otros test neurológicos la muy dudosa frontalización respecto a la voluntad muy baja, marcada, no fisiológica de no realizar los ejercicios según lo indicado durante el análisis.

Informe de Neuropsicología conductual, junio 2012

- Las alteraciones sugieren afectación cerebral especialmente cortex prefrontal, cuadro clínico que se corresponde con un "frontalismo", dada las consecuencias físicas, neuropsicológicas y conductuales se desaconseja la reincorporación laboral.

Informe de valoración neuropsicológica 13/06/2015

- Se solicita valoración de posible afectación cerebral, especialmente del cortex prefrontal, posible frontalismo con afectación social y laboral.
- Se realizan dos sesiones y las siguientes pruebas: SIMS (inventario estructurado de simulación de síntomas). Mini-mental. TOMM (Test de simulación de problemas de Memoria). Test de fluencia Semántica. Test de los 15 ítems de Rey. Test mapa del Zoo (BADS).
- Conclusiones: ante los resultados e interpretaciones obtenidas podemos observar que existe evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica de que los déficits neurocognitivos demostrados a lo largo de la evaluación son consistentes con la exageración o el falseamiento de la discapacidad cognitiva. Se hace virtualmente imposible la determinación de un diagnóstico clínico, ya que se revela que las pruebas neuropsicológicas aplicadas no reflejan fielmente las capacidades y destrezas del evaluado. Esta es mi opinión salvo otra mejor fundada.

2. CONCLUSIONES

Es llamativo en la valoración del caso clínico donde se clasifica el TCE como leve (Valoración del INSS), cuando en realidad en la clasificación universal se trata de un TCE grave (Glasgow 8 al ingreso), que requiere medidas quirúrgicas urgentes e ingreso en UCI, si bien dada la gravedad de las lesiones la evolución es mucho mejor de lo esperable con muy buena recuperación de prácticamente todos los déficits neurológicos.

A la hora de valorar la repercusión funcional, es importante tener en cuenta el profesiograma con el detalle de cada una de las funciones más relevantes de la profesión habitual y la relación de la misma con las secuelas, donde una de las premisas es evitar el accidente laboral.

Por tanto teniendo en cuenta el cuadro clínico residual, el cual es compatible con los cambios radiológicos de la resonancia magnética (cambios post-quirúrgicos en región

frontal) y la alta posibilidad que ante un síndrome post-conmocional en un trabajador de la construcción existe una alta probabilidad de un segundo accidente de la misma o incluso mayor magnitud del que le precede.

Es importante en la valoración del TCE la compatibilidad de la clínica con las pruebas de imagen, teniendo en cuenta que los test psicológicos son una herramienta que puede ser muy adecuada para completar un estudio clínico pero que tampoco son determinantes por la variabilidad de resultados y la necesidad de empatía entre el evaluador y el afectado para poder obtener la mayor colaboración posible.

En el ámbito médico legal es frecuente la simulación para obtención de beneficios, pero siempre se tiene que mantener la objetividad y la relación entre la intensidad de las lesiones con la clínica residual, en este caso no hay duda de la correspondencia de las lesiones iniciales y el cuadro de secuelas derivadas, las valoraciones médico forenses han sido realizadas por dos peritos diferentes sin tener en cuenta uno la valoración del otro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- F. Murillo; A. Catalán; M.A. Muñoz (2002). Capítulo 50. Traumatismo Craneoencefálico (E-book). En Luis M. Torres. Tratado de cuidados críticos y emergencias. España. pp.1595.
- Ghajar, Jamshid (2000) Traumatic brain injury. pp 923-29.
- Ling, Geoffrey (2008). Marshall. Scott. Management of traumatic brain injury in the intensive unit care. pp 26 (2) 409-26.
- National Center for Injury Prevention and Control (2003). "Report to congress on mild traumatic brain injury in the United States: Steps to prevent a serious public health problema. Atlanta, GA
- Gilli Miner M; Murillo Cabezas F; Perrea Milla E (1998). "Epidemiología y prevención de los traumatismos". En Martínez Navarro F; Antó JM; Castellanos. Salud Pública. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana. pp. 614-631.

6. TRASCENDENCIA DE LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

R. Jara Ribera

1. CONCEPTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Según la OMS, la adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Retirar de la Farmacia el medicamento recetado, tomar la medicación de la forma prescrita, aplicarse la terapia física recomendada (frío, calor), cumplir con las consultas de seguimiento, volver a consultar si la evolución no es favorable, acudir con la frecuencia aconsejada al tratamiento rehabilitador, y ejecutar las modificaciones aconsejadas en los comportamientos, como solicitar una baja laboral y guardar reposo, acreditan la adherencia al tratamiento.

La falta de adherencia terapéutica consiste en incumplir alguna de las recomendaciones realizadas por el prestador de asistencia sanitaria.

2. FRECUENCIA DE LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Según la OMS, la falta de adherencia terapéutica es un problema mundial de alarmante magnitud. En los países desarrollados, la falta de adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es del 50%.

En España las cifras son similares a las descritas por la OMS. Los artículos publicados en los últimos años sobre incumplimiento del tratamiento farmacológico muestran las siguientes cifras:

- 2012. *Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2012). Una de cada cinco recetas prescritas en España no se retira de la Farmacia.* De 900 millones de recetas que se prescribieron en el 2009, alrededor de 200 millones de recetas no llegaron a dispensarse, pese a constar en la Historia Clínica.
- 2014. *Declaraciones del Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria:*
 - Uno de cada tres pacientes no retira la medicación de la Farmacia.
 - De los que retiran la medicación: uno de cada dos olvida tomarla. De los que la toman, el 29% opta por no tomarla en ocasiones, y uno de cada cuatro toma una dosis menor a la que le corresponde.
- 2015. *Alrededor del 50% de los pacientes crónicos, y un 20% de los agudos, no cumplen el tratamiento prescrito. La adherencia terapéutica real apenas llegaría al 25 por ciento.*

El porcentaje más bajo de adherencia al tratamiento se produce en pacientes con depresión: más del 40% incumplen el tratamiento.

3. CAUSAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Las causas del incumplimiento terapéutico son numerosas:

1. Olvidos en la toma de medicación.
2. Dificultad de comprensión del tratamiento (especialmente en personas mayores).
3. Relación médico-paciente (insuficiente información del paciente).
4. Nivel de educación sanitaria de la persona.
5. Precio del medicamento: un 22% de los pacientes ha dejado de comprar un medicamento por su elevado precio.
6. Polimedición previa.

7. Efectos adversos de la medicación prescrita.
8. Intencionada: no se llega a iniciar el tratamiento prescrito en la primera asistencia sanitaria (simulación médico-legal).

4. CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA

4.1. Consecuencias clínicas

- a) La falta de adherencia es la primera causa de fracaso terapéutico. Existe una asociación clara y directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados en salud.
- b) Provoca un aumento de la morbimortalidad. Se calcula que en Europa contribuye a unas 200.000 muertes prematuras cada año, y en España alrededor de 18.400 muertes evitables.
- c) Reduce la calidad de vida
- d) Aumento de las consultas a urgencias
- e) Incremento de las hospitalizaciones

4.2. Consecuencias económicas

La consecuencia económica es un incremento del gasto sanitario:

- En Europa la falta de adherencia farmacológica provoca un coste estimado a los gobiernos de 125.000 millones de euros anuales.
- En España la falta de adherencia farmacológica tiene un coste aproximado de 11.250 millones de euros anuales.

4.3. Consecuencias en la valoración del daño corporal

La falta de adherencia al tratamiento puede ocasionar:

1. Una prolongación artificial del tiempo necesario para la curación o estabilización de las lesiones temporales, es decir, *las que sufre el lesionado desde el momento del accidente hasta el final de su proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela.*
2. Un menor éxito terapéutico, y con ello complicaciones y secuelas no esperadas.
3. En accidentes de gravedad:
 - Pérdida de la calidad de vida
 - Pérdida de la autonomía personal, con necesidad de ayudas técnicas o productos de apoyo.
 - Necesidad de ayuda de tercera persona.

Bajo nuestro punto de vista, si el médico valorador advierte una falta no justificada de adherencia terapéutica, lo hará constar en el informe de valoración del daño corporal, argumentando cómo ha podido influir el incumplimiento terapéutico en la situación final del lesionado.

5 CÓMO SE PUEDE ACREDITAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

La adherencia al tratamiento puede quedar acreditada mediante:

1. Copia de las recetas médicas prescritas (Hoja de información para el paciente).
2. Copia de los recibos de farmacia acreditativos de la retirada de la medicación.
3. Informe del prestador de asistencia sanitaria (Médico de Familia).

En 2013 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid presentó la aplicación Farm@web, que permite conocer a los Médicos de Atención Primaria si sus pacientes están retirando de las oficinas de Farmacia los tratamientos prescritos.

La receta electrónica también puede proporcionar al médico prescriptor información sobre si el paciente ha retirado o no el medicamento prescrito.

6. LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LEY 35/2015, DE 22 DE SEPTIEMBRE, DE REFORMA DEL SISTEMA PARA LA VALORACIÓN DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN

Con respecto a la adherencia terapéutica, son de interés los artículos 1 (punto 2), 36 (Puntos 1 y 3) y 43.

• **Artículo 1. 2.** *Sin perjuicio de que pueda existir culpa exclusiva de acuerdo con el apartado 1, cuando la víctima capaz de culpa civil sólo contribuya a la producción del daño se reducirán todas las indemnizaciones, incluidas las relativas a los gastos en que se haya incurrido en los supuestos de muerte, secuelas y lesiones temporales, en atención a la culpa concurrente hasta un máximo del setenta y cinco por ciento. Se entiende que existe dicha contribución si la víctima, por falta de uso o por uso inadecuado de cinturones, casco u otros elementos protectores, incumple la normativa de seguridad y provoca la agravación del daño. En los supuestos de secuelas y lesiones temporales, la culpa exclusiva o concurrente de víctimas no conductoras de vehículos a motor que sean menores de catorce años o que sufran un menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que les prive de capacidad de culpa civil, no suprime ni reduce la indemnización y se excluye la acción de repetición contra los padres, tutores y demás personas físicas que, en su caso, deban responder por ellas legalmente. Tales reglas no procederán si el menor o alguna de las personas mencionadas han contribuido dolosamente a la producción del daño.*

Las reglas de los dos párrafos anteriores se aplicarán también si la víctima incumple su deber de mitigar el daño. La víctima incumple este deber si deja de llevar a cabo una conducta generalmente exigible que, sin comportar riesgo alguno para su salud o integridad física, habría evitado la agravación del daño producido y, en especial, si abandona de modo injustificado el proceso curativo.

Con respecto al Artículo 1 de la nueva Ley, un abandono de modo injustificado del proceso curativo, puede suponer para el lesionado una reducción de la indemnización.

• **Artículo 36. Sujetos perjudicados.** *1. Tienen la condición de sujetos perjudicados: a) La víctima del accidente. b) Las categorías de perjudicados mencionadas en el artículo 62, en caso de fallecimiento de la víctima.... 3. Excepcionalmente, los familiares de víctimas fallecidas mencionados en el artículo 62, así como los de grandes lesionados, tienen derecho a ser resarcidos por los gastos de tratamiento médico y psicológico que reciban durante un máximo de seis meses por las alteraciones psíquicas que, en su caso, les haya causado el accidente.*

Con respecto al Artículo 36, los familiares de víctimas fallecidas mencionados en el artículo 62, y de grandes lesionados, que tengan derecho a ser resarcidos por los gastos de tratamiento médico y psicológico (durante un máximo de seis meses). La falta de adherencia dicho tratamiento puede suponer un cumplimiento del deber de mitigar el daño, que recoge el baremo de la Ley 35/2015.

• **Artículo 43. Modificación de las indemnizaciones fijadas.** *Una vez establecida, la indemnización sólo puede revisarse por la alteración sustancial de las circunstancias que determinaron su fijación o por la aparición de daños sobrevenidos.*

Con respecto al Artículo 43, cuando al Médico Valorador se le solicite el estudio de un caso que fue indemnizado en su día, y que puede presentar una alteración sustancial de las circunstancias que determinaron su fijación, o la aparición de daños sobrevenidos, es posible que tenga que estudiar si existió una falta de adherencia terapéutica que haya actuado como causa, o concausa.

• **Artículos 107 y siguientes relacionados con la pérdida de calidad de vida**

Con respecto a los citados artículos relacionados con la pérdida de Calidad de Vida, es necesario recordar que la falta de adherencia terapéutica puede producir una pérdida de Calidad de Vida, pudiendo afectar a la valoración de lesiones temporales y secuelas.

7. CONCLUSIONES

1. La falta de adherencia al tratamiento es frecuente en la práctica clínica.
2. El incumplimiento del tratamiento puede provocar una prolongación artificial del tiempo necesario para la curación o la estabilización lesional, un menor éxito terapéutico, y con ello complicaciones y secuelas no esperadas, así como una pérdida de autonomía personal y de calidad de vida.
3. Si el Médico Valorador advierte una falta no justificada de adherencia terapéutica, lo hará constar en el informe de valoración del daño corporal, con las posibles consecuencias que haya podido provocar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. OMS 2004.
- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
- Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2012.
- <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/IS2012%20-%20Informe%20presentacion%20a%20la%20prensa.pdf>
- José Luís Poveda, Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Uno de cada tres pacientes no recoge la medicación. Declaraciones publicadas en Diario Médico el día 13-2-14.
- <http://www.diariomedico.com/2014/02/13/area-profesional/sanidad/uno-cada-tres-pacientes-retira-medicacion>
- Mariano Guerrero. Presidente del Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria. Casi la mitad de los enfermos crónicos incumplen su tratamiento. Web Infosalus. Europa press. 15-12-14
- <http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-casi-mitad-enfermos-cronicos-incumple-tratamiento-20141215113016.html> 5-12-14
- José Luis Poveda Andrés. IV Jornadas de excelencia en Farmacia Hospitalaria. Fundación Salud 2000. Impacto de la adherencia en los resultados en salud y en la sostenibilidad del sistema sanitario. Páginas 8 a 14. 13-2-2014
- http://www.fundacionsalud2000.com/system/attachments/3921/original/AAFF_Documento_final_baja.pdf?2014-06-24%2011:59:37%20+0200
- Web Jano.es. Congreso Nacional de Psiquiatría. Más del 40% de los pacientes españoles con depresión incumple el tratamiento. 05-10-2015
- <http://www.jano.es/noticia-mas-del-40-los-pacientes-24935>
- Web OCU. OCU denuncia que un 22% de ciudadanos ha renunciado a algún medicamento por no poder pagarlo. 5-6-2015
- <https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2015/encuesta-farmacias>

- José Luis Poveda Andrés. IV Jornadas de excelencia en Farmacia Hospitalaria organizadas por la Fundación Salud 2000. Declaraciones a Europa press. 13-2-2014. La noticia puede encontrarse en las siguiente dirección web
- <http://ecodiario.economista.es/salud/noticias/5539474/02/14/Uno-de-cada-tres-espanoles-no-recoge-en-las-farmacias-los-medicamentos-que-les-prescriben.html#.Kku8smROS7Nd5pp>
- Tatiana Dilla, Amparo Valladares, Luis Lizán y José Antonio Sacristán. Adherencia y persistencia terapéutica: causas consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria Elsevier Doyma. 2009. 41(6):342-348
- Documento de Consenso sobre Adherencia y Cumplimiento Terapéutico, presentado en el Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. 19-10-2012. Revista electrónica JANO.es <http://www.jano.es/noticia-el-50-los-pacientes-cronicos-18121>
- Javier Merino Alonso. IV Jornadas de excelencia en Farmacia Hospitalaria. Fundación Salud 2000. Impacto de la adherencia en los resultados en salud y en la sostenibilidad del sistema sanitario. Página 6. 13-2-2014
- http://www.fundacionsalud2000.com/system/attachments/3921/original/AAFF_Documento_final_baja.pdf?2014-06-24%2011:59:37%20+0200
- Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. *Artículo 134.1. Son lesiones temporales las que sufre el lesionado desde el momento del accidente hasta el final de su proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela.*
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. *Artículo 15. Actuaciones del farmacéutico de oficina de farmacia en la dispensación. 3. El farmacéutico entregará al paciente un recibo donde conste la identificación de la oficina de farmacia y fecha de la dispensación, el nombre del medicamento dispensado y, en su caso, unidades concretas del mismo, su precio de venta al público y la aportación del paciente, en su caso.*
- Diario Médico. Los médicos de Madrid podrán controlar la adherencia de los pacientes. 22-5-2013.
- <http://www.diariomedico.com/2013/05/22/area-profesional/gestion/medicos-madrid-podran-controlar-adherencia-de-pacientes>.

7. ¿ES POSIBLE LA PREDICCIÓN EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL?

**L. Ordóñez Mayán, I. Martínez Silva,
C Represas Vázquez, M. Febrero Bande,
JL. Muñoz Barús**

1º. Premio a la Mejor Comunicación

1. ANTECEDENTES

Habitualmente cuando existe un acto violento (accidente laboral, de tráfico, una agresión, etc.) que genere daños corporales se debe realizar una valoración por parte de un perito para establecer, además de otras posibles repercusiones en el ámbito penal, civil, administrativo o laboral, el resarcimiento o reparación del daño provocado.

En España, hasta la entrada en vigor el próximo 1 de enero de 2016 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, el baremo para la valoración de los daños corporales en los casos de accidentes de tráfico no dolosos, está contenido en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguros de Circulación de Vehículos a Motor.

Desde la entrada en vigor de este Real Decreto Legislativo, se vienen observando en los tribunales de justicia grandes diferencias en las distintas valoraciones médico legales realizadas [1-3], lo que conlleva grandes diferencias en las cuantías indemnizatorias que reciben dos lesionados en similares condiciones. A pesar de esto, este baremo es utilizado como referencia en la valoración de los daños corporales causados en otros supuestos, por lo menos para cuantificar la repercusión económica de los mismos.

Al producirse un accidente de tráfico no doloso que produzca daños a terceros, dentro del ámbito del aseguramiento y con cargo al seguro de suscripción obligatoria, tendrá que satisfacerse al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y en sus bienes.

De este modo, en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador deberá presentar una oferta motivada de indemnización para resarcir las posibles secuelas, los días de estabilización y los tratamientos o abonar, en el plazo de los 40 días siguientes desde la recepción de la reclamación del perjudicado, el importe mínimo que pueda deber. Si esto no se realiza dentro del plazo establecido, además, se percibirán intereses de demora, tal y como se expone en el artículo 20 de la Ley 50/1980 del 8 de octubre de Contrato de Seguros.

En este trabajo se barajan dos presupuestos:

- El actual baremo de valoración de secuelas contenido en el RDL 8/2004 conduce a disparidad en las valoraciones, aún cuando este es aplicado por profesionales expertos. Este presupuesto ya ha sido confirmado, objetivándose la escasa fiabilidad del baremo contenido en el Real Decreto Legislativo 8/2004.
- A pesar de esto, creemos que es posible predecir con cierto grado de confianza los puntos funcionales que corresponderán a una persona por sus secuelas en un corto período de tiempo desde que se produjo el accidente. Los modelos de regresión logística basados en las escalas de gravedad, ya validadas y de uso habitual en los servicios de urgencias, cuidados intensivos y traumatología, podrán modular los efectos perversos de un baremo no validado, pero sí obligatorio.

El objetivo final de este trabajo es el de ofrecer un método de predicción eficaz para cuantificar la indemnización que un lesionado podrá recibir por las secuelas producidas tras un accidente de tráfico de un modo muy rápido y fácil desde las primeras asistencias. Este método de predicción servirá para ofrecer al lesionado ciertas garantías y acceso más rápido a la indemnización, evitando así largos e incómodos procesos judiciales que sobrecargan, además, la administración de justicia, favoreciendo así los acuerdos extrajudiciales. También podrá servir como guía para el juzgador, cuando deba ponderar si la oferta y depósito de la cuantía indemnizatoria por parte de la aseguradora al inicio del proceso es adecuada a los hechos, en el momento de estimar procedentes o no los intereses de demora.

Estos modelos predictivos no solo encontrarán su utilidad en los casos de accidente de tráfico no dolosos, sino que podrán ser de gran utilidad en todos aquellos casos de violencia que generen daños corporales (como en agresiones, en la violencia de género o en accidentes de trabajo).

De un modo similar, estos modelos se presentan como un recurso útil para la elaboración de los partes de lesiones obligatorios que los facultativos deben tramitar en caso de actos violentos, para poder establecer objetivamente un pronóstico médico legal que permita al juzgador orientarse en el alcance de la gravedad del lesionado. En la reciente reforma del Código Penal esto tiene importante relevancia con la despenalización de las faltas.

2. OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo consiste en ofrecer un método predictivo eficaz, rápido y sencillo, que permita estimar los puntos funcionales en la valoración del daño corporal de un lesionado, tras la atención médica inicial, como consecuencia de un accidente de tráfico.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para el trabajo se elaboró una base de datos con información procedente de 999 individuos que sufrieron un accidente de tráfico, evaluados según el baremo contenido en el RDL 8/2004 por peritos expertos. Las variables que se incluyeron en el estudio fueron la edad (IDADE), el sexo (SEXO), los diagnósticos iniciales, los días de hospitalización (HOSP), los días impeditivos (IMPE), los días no impeditivos (NOIMPE), los puntos funcionales (PFUN), los puntos por perjuicio estético (PES), el grado de incapacidad permanente (IP) y la vía de resolución de proceso (P/C).

En primer lugar, se calcularon, para cada caso, las escalas AIS, MAIS, ISS, NISS y la suma de los valores AIS. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de las variables y se aplicó un método de datos de conteo, el modelo Hurdle, con la finalidad de indagar sobre la relación y efecto que las distintas variables tienen sobre los puntos funcionales y de diseñar los modelos predictivos. Sobre estos modelos predictivos se calculó la Cp de Mallows con la finalidad de discernir cuál de los modelos diseñados es el que mejor predice los puntos funcionales que un lesionado podrá recibir por sus secuelas.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de estudios previos mostraban la gran necesidad de un cambio en el sistema de valoración de secuelas, ya que el actual lleva asociado una importante disparidad en los resultados de las evaluaciones y por lo tanto una importante diferencia en la cuantía indemnizatoria que un mismo paciente podrá recibir según el perito que lo evalúe.

A pesar de esta discordancia entre las valoraciones, los resultados del estudio objeto de este trabajo ponen de manifiesto que es posible predecir los puntos funcionales (PFUN) que un accidentado recibirá por sus lesiones, empleando para ello los modelos de predicción de puntos. Estos modelos de predicción utilizan como variables los días de hospitalización (HOSP), la edad (IDADE), el sexo (SEXO) y la gravedad del estado general del individuo. Esta última variable cuantificada mediante las escalas NISS, MAIS, ISS y Suma AIS. Surgen de este modo 4 modelos predictivos (uno por cada escala) y un quinto modelo con la escala MAIS en el que no se tuvo en cuenta el sexo del accidentado, por no tener este, en este modelo, un efecto estadísticamente significativo sobre los puntos funcionales.

Las tablas 1-4 muestran la descriptiva general de las variables. A continuación se presentan los cinco modelos predictivos de puntos funcionales.

Tabla 1. Descriptiva de las variables IDADE, SEXO y 1 LESIÓN

	IDADE	SEXO	1 LESIÓN
Mínimo	10	Hombres: 472	Única: 584
1 ^{er} cuartil	26	Mujeres: 527	Varias lesiones: 415
Mediana	35		
Media	38.33		
3 ^{er} cuartil	50		
Máximo	91		

1 LESIÓN = n° de lesiones

Tabla 2. Descriptiva de las variables MAIS, ISS, NISS y SumaAIS

	MAIS	ISS	NISS	SumaAIS
Mínimo	1	1	1	1
1º cuartil	1	1	1	1
Mediana	1	1	1	1
Media	1.266	2.333	2.759	2.123
3º cuartil	1	2	3	2
Máximo	5	43	43	28

MAIS: Máximun Abbreviated Injury Scale; ISS: Injury Severity Score; NISS: New Injury Severity Score; SumaAIS: Suma de los valores de Abbreviated Injury Scale

Tabla 3. Descriptiva de los días empleados en la curación o consolidación médico legal

	HOSP	IMPE	NONIMPE	DIASTOTAIS
Mínimo	0	0	0	0
1º cuartil	0	10	20	65
Mediana	0	30	60	98
Media	2.635	51.26	71.24	125
3º cuartil	0	60	100	150
Máximo	187	702	595	719
SIN DATOS	1	1	1	1

HOSP = días de hospitalización; IMPE = días impeditivos; NOIMPE = días no impeditivos; DIASTOTAIS = suma de los días de hospitalización, días impeditivos y días no impeditivos.

Tabla 4. Descriptiva de los puntos obtenidos (tras la aplicación del baremo), del grado de incapacidad y de la vía empleada para la resolución del caso

	PFUN	PES	IP	PC
Mínimo	0	0	1:924	Penal: 140
1º cuartil	1	0	2:60	Civil: 859
Mediana	2	0	3:12	
Media	3.787	1.023	4:1	
3º cuartil	4	0	5:2	
Máximo	91	35		
SIN DATOS	3			

PFUN= puntos funcionales de secuelas; PES= puntos por perjuicio estético; IP= incapacidad permanente:
1: sin incapacidad, 2: incapacidad permanente parcial, 3: incapacidad permanente total, 4: incapacidad permanente absoluta, 5: gran invalidez; PC= penal/civil.

MODELOS PREDICTIVOS DE PUNTOS FUNCIONALES

Modelo Hurdle con ISS

El modelo $PPFUN \sim HOSP * SEXO + IDADE + ISS$ obtiene un valor 57.39 en la Cp de Mallows. Este modelo predice los puntos funcionales de secuelas a partir de los días de hospitalización, la edad y el sexo del lesionado y la gravedad de sus lesiones medida mediante la escala ISS.

Modelo Hurdle con NISS

El modelo $PFUN \sim HOSP * SEXO + IDADE + NISS$ obtiene un valor 20.08 en la Cp de Mallows. Este modelo predice los puntos funcionales de secuelas a partir de los días de hospitalización, la edad y el sexo del lesionado y la gravedad de sus lesiones medida mediante la escala NISS.

Modelo Hurdle con MAIS

El modelo $PFUN \sim HOSP * SEXO + IDADE + MAIS$ obtiene un valor 33.52 en la Cp de Mallows. Este modelo predice los puntos funcionales de secuelas a partir de los días de hospitalización, la edad y el sexo del lesionado y la gravedad de sus lesiones medida mediante la escala MAIS.

Modelo Hurdle con MAIS sin SEXO

El modelo $PFUN \sim HOSP + IDADE + MAIS$ obtiene un valor 33.52 en la Cp de Mallows. Este modelo predice los puntos funcionales de secuelas a partir de los días de hospitalización, la edad del lesionado y la gravedad de sus lesiones medida mediante la escala MAIS.

Modelo Hurdle con SumaAIS

El modelo $PFUN \sim HOSP * SEXO + IDADE + SumaAIS$ obtiene un valor 24.72 en la Cp de Mallows. Este modelo predice los puntos funcionales de secuelas a partir de los días

de hospitalización, la edad y el sexo del lesionado y la gravedad de sus lesiones medida mediante la escala SumaAIS.

Una vez diseñados los modelos Hurdle se realizó un análisis de los mismos mediante el estadístico Cp de Mallows, con la finalidad de elegir aquel modelo que mejor predice los puntos funcionales. Se observa que este modelo es aquel que incorpora en su cálculo los días de hospitalización, la edad, el sexo y el resultado de la escala NISS, lo que permite realizar la estimación de la cuantía indemnizatoria transcurrido el período de hospitalización y antes de que se produzca la curación o estabilización médico legal de las lesiones (tabla 5).

Tabla 5. Resultado de Cp de Mallows

MODELO HURDLE	Valor de p	CP MALLOWS-AJUSTADA
Con ISS	11	57.39
Con NISS	11	20.08
Con MAIS	11	33.52
Con SumaAIS	11	24.72
Con MAIS sin SEXO	8	31.52

El uso de los modelos predictivos de puntos funcionales permite estandarizar la valoración del daño corporal, evitando así las discrepancias producidas por la aplicación del baremo de valoración de daños corporales en accidentes de tráfico, lo que ofrece al lesionado ciertas garantías sobre la cuantía indemnizatoria que percibirá, facilitando así los acuerdos extrajudiciales entre ambas partes.

Por otra parte, el disponer de una manera rápida de la cuantía indemnizatoria previene a las compañías aseguradoras y al Consorcio de Compensación de Seguros del pago de los intereses de mora. En el artículo nueve del RDL 8/2004 se establece que las indemnizaciones deben ser satisfechas o consignadas ante el juzgado competente de primera instancia en un plazo de tres meses desde la producción del siniestro o que se deben abonar en el plazo de 40 días el importe mínimo que se pueda deber. Cuando esto no se realiza correctamente se entiende que el asegurador incurre en mora del cumplimiento en la prestación del seguro de responsabilidad civil, debiendo abonar intereses de demora. Si bien es cierto que la norma recoge como excepción el supuesto de aquellas lesiones más graves que puedan tardar más de tres meses en resolverse, hoy en día resulta difícil estimar la cuantía adecuada que se debe consignar o incluso abonar en los primeros cuarenta días en estos casos. Este problema se ve resuelto con la aplicación de los modelos desarrollados, ya que transcurrido el período de hospitalización (en caso de ser necesaria) es posible estimar la cuantía indemnizatoria, aun cuando las lesiones

no están consolidadas o curadas, de manera que resulta fácil deducir la cuantía de la consigna o finalizar el proceso mediante el pago de la indemnización.

Con la entrada en vigor de la nueva Ley esta situación prácticamente se mantiene, ya que el asegurador debe presentar una oferta motivada en el plazo de tres meses y el perjudicado debe reclamar la indemnización que le corresponde al asegurador antes de interponer una demanda judicial.

Sería importante validar el nuevo baremo antes de su entrada en vigor, con la finalidad de evitar que ante situaciones similares se produzcan diferencias importantes entre las indemnizaciones. De igual manera creemos que, una vez asentado el uso del mismo, sería conveniente medir su fiabilidad para evitar valoraciones divergentes y cumplir con el principio de reparación justa. Así mismo se deberían actualizar los modelos predictivos de puntos funcionales para adecuarlos al nuevo baremo. Con el uso de estos modelos el asegurado tendría la certeza de que la indemnización reclamada es la correcta, teniendo de este modo un acceso rápido a la misma, y el asegurador podría realizar el cálculo de la cuantía fácilmente en un breve período de tiempo tras el accidente, lo que además favorecería los acuerdos extrajudiciales.

CONCLUSIONES

- El baremo médico español utilizado para la valoración de daños personales contenido en el RDL 8/2004 muestra una fiabilidad escasa. Resulta imprescindible validar el futuro baremo antes de su entrada en vigor.
- No obstante lo anterior, es posible predecir la indemnización que un accidentado recibirá por sus secuelas de un modo más fácil aplicando los modelos desarrollados en este estudio.
- Los modelos de predicción tienen en cuenta los días de hospitalización, la edad, el sexo y el resultado de las escalas AIS, ISS, NISS y MAIS, por lo que pueden ser utilizados transcurrido poco tiempo desde la producción del accidente.
- El modelo que mostró tener mayor capacidad de predicción de puntos funcionales es aquel que utiliza en su cálculo la escala de gravedad NISS, $PFUN \sim HOSP * SEXO + IDADE + NISS$, con un valor C_p de Mallows de 20.08.
- Los modelos de predicción de puntos funcionales pueden convertirse en una herramienta útil para las transacciones indemnizatorias entre las compañías de seguros

y los lesionados o en el propio proceso judicial. Con la aplicación de los modelos de predicción se liberaría la carga de la Administración de Justicia al contar con una herramienta que aumente los acuerdos extrajudiciales.

- El disponer de la cuantía indemnizatoria en un tiempo razonable, disminuiría los posibles intereses de demora que deberían pagar las compañías aseguradoras, facilitándole además el acceso al lesionado a su indemnización. De igual modo, los modelos de predicción se convierten en una herramienta que permite afinar la consigna que deben realizar las compañías aseguradoras ante el juzgado competente.
- La utilización de los modelos de predicción evitaría, en parte, el aumento de las primas de los asegurados debido al incremento de las indemnizaciones que conlleva la nueva reforma del baremo, ya que con estos modelos se reducirían los intereses de demora y los gastos procesuales al poder realizar una oferta motivada avalada y contrastada. Las indemnizaciones de los lesionados leves se podrían calcular fácilmente, sin que se vieses en estos casos sobre-indemnizados, llevándose a cabo de esta manera una reparación justa del daño.
- Esta metodología puede ser aplicada en el futuro con el nuevo baremo. Para ello es imprescindible disponer de un número elevado de casos tras la consolidación del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Muñoz-Barús JI , Represas C. Estabilización lesional. Días impeditivos y no impeditivos: Criterios médico-legales de valoración. Cuad Valorac. 2010;10(VIII):69-77.
- Muñoz-Barús JI, Represas C. La valoración del daño corporal en la Medicina Legal. Estud Penales Criminol. 2006; XXVI:125-63.
- Ordóñez-Mayán L, Represas C, Miguens X, Rodríguez-Calvo MS, Febrero-Bande M, Muñoz-Barús JI. How reliable is the Spanish bodily harm assessment scale?. J Forensic Leg Med. 2015;32:16-20.
- Muñoz-Barús JI, Represas C. La valoración del daño corporal en Medicina Legal. Indemnizaciones y ayudas a las víctimas de la violencia de género. En: Rodríguez-Clavo MS, Vázquez-Portomeñe F, directores. La Violencia de Género. Valencia: TirantLo Blanch; 2013. pp. 95-132.

- Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. Boletín Oficial del Estado, nº 267, (5-11-2004).
- Gennarelli TA, Wodzin E, editor. The Abbreviated injury Scale 2005- Update 2008. Barrington: IL: Association for the Advancement of Automotive Medicine; 2008.
- Osler T, Baker SP, Long W. A modification of the injury severity score that both improves accuracy and simplifies scoring. J Trauma. 1997;43 (6):922-5.
- Cameron AC, Trivedi PK. Regression Analysis of Count Data. New York: Cambridge University Press; 1998.
- Gilmour GS. The Interpretation of Mallow's Cp-Statistic. J R Stat Soc Ser D Stat. 1996; 45(1):49-56.

8. CONOCER LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS CON AMPUTACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR. RESULTADOS DESDE EL WHO-DAS II MODIFICADO

M. P. Arias Zanabria

1. INTRODUCCIÓN

Debido a los cambios sociales y demográficos en estos últimos años existe una clara relación entre la edad y las situaciones de discapacidad. Otro factor que se une son los accidentes de tráfico, que dejan secuelas invalidantes; Sin olvidarnos las causas congénitas.

El presente estudio se inicia valorando la pérdida del miembro superior por el cual empiezo describiendo dicho miembro.

El miembro superior consta en su descripción anatomo- funcional:

- En el hombro presenta un complejo articular que está formado por cuatro articulaciones que se unen entre sí los huesos de la cintura escapular: glenohumeral, esternoclavicular, acromioclavicular y escapulotorácica. La movilidad la realiza la articulación glenohumeral, aunque el resto de articulaciones aumenta la eficacia articular y su movilidad. Los movimientos que presenta son rotación interna (0-60°), rotación externa (0-90°), abducción (0-180°), aducción (0-30°), flexión (0-180°) y extensión (0- 40°). Presenta una pérdida en la amputación del 100% de la extremidad superior y 60% corporal global.

- El codo está formado por tres articulaciones morfológicamente distintas englobadas en la misma capsula articular: articulación humerocubital, humerorradial y radiocubital proximal. Los movimientos se rigen por la articulación humerocubital y estos son flexión (0-150°), extensión (150-0°), pronación (0-90°) y supinación (0-90°). Presenta una pérdida en la amputación del 95% de la extremidad superior y 57% corporal global.
- La muñeca está formado por la articulación radiocarpiana y intercarpianas, para la movilidad son fundamentales los tendones de los músculos flexores y extensores. Los movimientos son extensión (0-70°), flexión (0-80°), inclinación radial (0-25°) e inclinación cubital (0-45°).
- La mano está formado por la articulación carpometacarpiana y metacarpofalángica del pulgar. Los movimientos van en flexión (0-90°), extensión (90-0°). De las articulaciones interfalángicas proximal y distal van en flexión (0-100°) y extensión (0-10°). Presenta una pérdida en la amputación del 90% de la extremidad superior y 54% corporal global.

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente en la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología.

El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIF. Por lo tanto, la CIE-10 y la CIF son complementarias.

La CIE-10 proporciona un "diagnóstico" de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento.

La definición conceptual del estudio, así como su instrumento de recolección de información, se encuentran basados en la "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)" promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2001).

El CIF pretende reflejar, la situación real del funcionamiento humano en la que el "funcionamiento" y la "discapacidad" son vistos como consecuencia de la interacción entre la "condición de salud" de la persona y su entorno físico y social.

En este ámbito se entiende por "condición de salud" toda alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia

con las actividades diarias, o que puede llevar a contactar con servicios de salud o con servicios comunitarios o sociales de ayuda. Dichas condiciones pueden ser enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, o incluso reflejar otros estados relacionados con la salud tales como el embarazo o la edad.

La nueva conceptualización que la CIF hace del término “discapacidad” también es fundamental, la discapacidad es asumida como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de:

- a) Deficiencias de función y deficiencias de estructura” (antes deficiencias);
- b) Limitaciones en las “actividades” (antes discapacidades);
- c) Restricciones a la “participación” (antes minusvalía)

La CIF pertenece a la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud.

Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (ej. el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado el WHO-DAS II, instrumento de medida del funcionamiento y la discapacidad conceptualmente compatible con la revisión reciente de la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS en 2001.

Se trata de una revisión completa de la WHO-DAS (publicada por la OMS en 1988) que refleja el pensamiento actual de la OMS sobre el funcionamiento y la discapacidad. Evalúa el funcionamiento diario en seis áreas de actividad desde una doble perspectiva, cuantitativa y de interferencia de vida: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su alrededor/entorno, cuidado personal, capacidad de relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad. Proporciona un perfil objetivo de funcionamiento en las seis áreas y la percepción subjetiva del paciente sobre el impacto que le producen las dificultades en cada una de las áreas.

La WHO-DAS II evalúa discapacidad y déficits específicos y no incorpora síntomas psiquiátricos.

Este sencillo instrumento diseñado para registrar la valoración clínica de las discapacidades causadas por trastornos mentales, es una entrevista semiestructurada, donde las puntuaciones deben de estar basadas en el juicio clínico, tras la información obtenida de familias, informantes o documentos clínicos y de la propia observación.

La escala de la OMS (WHO-DAS-S) se acompaña de una serie de instrucciones para su correcta utilización, incluyendo una breve definición de los contenidos específicos de las áreas de funcionamiento, un listado de aspectos importantes de discapacidades específicas a tener presentes en la evaluación y puntuación y unas preguntas a modo de guía para la exploración de áreas específicas de funcionamiento.

Sin embargo, esta escala no se ajusta a las necesidades de un baremo indemnizatorio, entre otros hay ítems en los que se repite una función determinada por lo que el "peso" de la misma sería valorado en dos o más ítems. Por esa y otras razones se optó en su idea en tomar como válida la herramienta pero ajustada a las necesidades de un baremo indemnizatorio.

2. BAREMOS QUE SE UTILIZAN EN LA ACTUALIDAD EN ESPAÑA

1. Real Decreto 1575/1989, de 22 de diciembre, por el que aprueba el Reglamento del Seguro Obligatorio de Viajeros.
2. Orden TAS/1040/2005, de 18 de abril, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes.
3. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
4. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Discapacidad.
5. Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

2.1. Generalidades sobre baremos

“Un baremo de invalidez es una colección de valores, establecida sobre una estructura o médico- legal, en la que se asigna, según la gravedad de las secuelas presentadas por un individuo determinado, una cifra en porcentaje de la incapacidad” (Derobert, 1970).

De forma elemental, un baremo se caracteriza por lo siguiente, (Borobia, 2006):

- Consta de una lista de lesiones, enfermedades o secuelas.
- A cada una de ellas se le asigna un valor (un número) fijo o intervalo.
- El valor más alto, generalmente es el 100, se corresponde con la muerte física o con la máxima pérdida funcional de la persona.
- El valor o número puede representar una incapacidad funcional, un valor monetario, una puntuación que incluya el daño moral, un castigo.
- Los baremos persiguen que los contenidos de las listas y los valores sean proporcionales, es decir, a mayor gravedad de lesión o de secuela tendrá que corresponder un valor superior.

2.2. El problema de los baremos

Los baremos adolecen de un mismo problema, el de la arbitrariedad, pues cada uno está confeccionado según la discrecionalidad del autor o de los autores, cuando estos son redactados por comisiones de profesionales.

De tal modo que, en un juicio por daños corporales o en una mediación por el mismo caso, las partes en litigio siempre disienten en la utilización y aplicación no sólo del baremo en sí, sino con respecto al criterio que ha utilizado el perito que estimó la incapacidad del lesionado, para elegir tal o cual baremo.

Basándonos en estas premisas trataremos de establecer un sistema de valoración ordenada, lógica y científica.

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

A pesar de que existen múltiples estudios sobre las funciones de los miembros superiores y de las funciones perdidas, siguen apareciendo una valoración muy alta en la pérdida de un miembro superior, cuando da la impresión que su pérdida es relativamente pequeña en proporción con otros miembros, aparatos y sistemas del organismo. Existen muy pocos trabajos que relacionen la pérdida de una extremidad superior con la pérdida del quehacer normal de las actividades básicas de la vida diaria y casi ninguno que intente situar esta pérdida en un baremo funcional. Por ello, se piensa que está justificado tratar de estudiar esta relación.

3.1. Hipótesis

El valor asignado, en los baremos españoles de uso frecuente es superior a lo que realmente pierde la persona en ausencia de un miembro superior.

3.2. Objetivo

El objetivo principal de este trabajo es conocer las actividades básicas de la vida diaria que una persona puede realizar cuando le falta una extremidad superior y su posible relación con la edad, el sexo, las causas y el nivel de amputación, aplicando el cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud WHO-DAS II modificado.

3.3. Material y métodos

Se realizaron encuestas teniendo en cuenta pacientes con amputación en miembro superior, para lo cual se ha estudiado a pacientes que tengan diversas amputaciones en miembro superior de las cuales las clasificamos en amputación de mano, por encima del codo, por debajo del codo y en hombro. El número de entrevistados que fueron validados fueron 20 pacientes.

Por lo cual se ha estudiado cuatro poblaciones distintas de Madrid:

- Individuos con amputación en mano, de los test realizados 3 pertenecen a este grupo. De este grupo fueron los tres validados.

- Individuos con amputación por encima del codo, de los test realizados 5 pertenecen a este grupo. De este grupo fueron los cinco validados.
- Individuos con amputación por debajo del codo, de los test realizados 11 pertenecen a este grupo. De este grupo fueron los once validados.
- Individuo con amputación en hombro, de los test realizados 1 pertenecen a este grupo. De este grupo fue uno validado.

Se llevó a cabo mediante un estudio de tipo observacional analítico de cohortes concurrente, con un cuestionario (WHO-DAS II modificado) dirigido en el cual se valoró la limitación personal en el cual se han dividido las actividades personales en las cuatro esferas fundamentales de la actividad básica del individuo.

Para ello dicho instrumento fue sometido a:

1. Comprensión: 4 ítems.
2. Comunicación: 4 ítems.
3. Actividades domiciliarias/ Cuidados individuales: 7 ítems.
4. Participación social: 3 ítems.

En total 18 cuestiones. Cuestionario

	Nº	Campo	Valor real	Asignación
1		EDAD	Valor real	
2		SEXO	M/F	M:1/F: 0
3		ENFERMEDAD/DEFICIENCIA		texto
4		INSTITUCION	texto	texto
5		ENCUESTADOR		
6		Nº ENCUESTA	N	N
7		FECHA	fecha	fecha
8	1.	COMPRESION*	Si/No	
9	1.1.	Concentración	Si/No	
10	1.2.	Memoria reciente*	Si/No	
11	1.3.	Memoria antigua*	Si/No	
12	1.4.	Solución de problemas*	Si/No	
13	2.	COMUNICACIÓN	Si/No	
14	2.1.	¿Entiende lo que se le dice?	Si/No	

	Nº	Campo	Valor real	Asignación
15	2.2.	¿Se le entiende al hablar?	Si/No	
16	2.3.	¿Puede mantener conversación?	Si/No	
17	2.4.	¿Puede tener amistades?	Si/No	
18	3.	ACT. DOMICILIARIAS/CUIDADOS		
19	3.1	¿Puede estar sólo en casa?	Si/No	
20	3.1.1.	En ningún momento	Si/No	
21	3.1.2.	Solo por la noche	Si/No	
22	3.1.3.	Solo por el día	Si/No	
23	3.1.4.	Todo el día	Si/No	
34	3.2.	¿Puede salir de casa?	Si/No	
25	3.2.1.	Sin ayuda	Si/No	
26	3.2.2.	Con ayuda física	Si/No	
27	3.2.3.	Con ayuda personal	Si/No	
28	3.2.4.	No puede	Si/No	
29	3.3.	¿Puede adquirir comida?	Si/No	
30	3.4.	¿Puede hacer el trabajo de casa menos comida?	Si/No	
31	3.4.1.	Sin ayuda	Si/No	
32	3.4.2.	Con ayuda física	Si/No	
33	3.4.3.	Con ayuda personal	Si/No	
34	3.4.4.	No puede	Si/No	
35	3.5.	¿Puede hacer la higiene personal?	Si/No	
36	3.5.1.	Sin ayuda	Si/No	
37	3.5.2.	Con ayuda física	Si/No	
38	3.5.3.	Con ayuda personal	Si/No	
39	3.5.4.	No puede	Si/No	
40	3.6.	¿Puede hacer la comida?	Si/No	
41	3.6.1.	Sin ayuda	Si/No	
42	3.6.2.	Con ayuda física	Si/No	
43	3.6.3.	Con ayuda personal	Si/No	
44	3.6.4.	No puede	Si/No	
45	3.7.	¿Puede comer/beber?	Si/No	
46	3.7.1.	Sin ayuda	Si/No	
47	3.7.2.	Con ayuda física	Si/No	
48	3.7.3.	Con ayuda personal	Si/No	
49	3.7.4.	No puede	Si/No	
50	4.	PARTICIPACIÓN SOCIAL	Si/No	
51	4.1.	¿Puede pasear?	Si/No	
52	4.1.1.	Sin ayuda	Si/No	
53	4.1.2.	Con ayuda física	Si/No	
54	4.1.3.	Con ayuda personal	Si/No	
55	4.1.4.	No puede	Si/No	

	Nº	Campo	Valor real	Asignación
56	4.2.	¿Puede participar en reuniones?	Si/No	
57	4.2.1.	Sin ayuda	Si/No	
58	4.2.2.	Con ayuda física	Si/No	
59	4.2.3.	Con ayuda personal	Si/No	
60	4.2.4.	No puede	Si/No	
61	4.3.	¿Puede ir en vehículos?	Si/No	
62	4.3.1.	Sin ayuda	Si/No	
63	4.3.2.	Con ayuda física	Si/No	
64	4.3.3.	Con ayuda personal	Si/No	
65	4.3.4.	No puede salvo en vehículos especiales	Si/No	
66		*Responder sólo si está afectada la COMPRESIÓN	¿Puede?	
67	*1.2.	Preguntas "memoria reciente"		
68		Memorice las palabras: casa balón y caballo.		
69		¿Qué cenó anoche?	Si/No	
70		Repite números memorizados [5,7,11 y 13]	Si/No	
71		Repita las palabras memorizadas anteriormente	Si/No	
72	*1.3.	Preguntas "memoria remota"		
73		Lugar de nacimiento	Si/No	
74		Nombre de al menos dos abuelos	Si/No	
75		Nombre presidente gobierno actual	Si/No	
76		Número de siglo actual	Si/No	
77	*1.4.	Preguntas de "solución a problemas cotidianos"		
78		Si tuviera en casa una gotera	Si/No	
79		Si detectase olor a gas	Si/No	
80		Si se queda sin luz	Si/No	
81		Si se declara un incendio	Si/No	
82		¿Capaz de vestirse/calzarse?	Si/No	
83		3.2 y 3.4.- se sobrentiende que si una persona es capaz de salir y de hacer los trabajos de casa, es capaz de vestirse/calzarse.		
83		Aclaraciones/sugerencias de los encuestados		

3.4. Población muestral y recogida de datos

Los sujetos de la muestra fueron extraídos teniendo en cuenta que presentaran amputación en miembro superior, por lo cual se nos presentó una serie de inconvenientes puesto que en los servicios de rehabilitación eran muy escasos los pacientes con dicha patología. Sin embargo gracias al apoyo de la Mutua Asepeyo se me permitió alcanzar dichos objetivos, igualmente sin olvidar de las siguientes unidades asistenciales:

1. Servicio de Rehabilitación de la "Fundación Jiménez Díaz" (Madrid).
2. Servicio de Rehabilitación del Hospital Laboral "Asepeyo" (Coslada-Madrid).
3. Servicio de Rehabilitación del Hospital Laboral "Fremap" (Majadahonda-Madrid).
4. ADAEPIS: Asociación de amputados en España por la integración social, creada por pacientes y profesionales para atender a personas de cualquier edad con una discapacidad física especializada en personas que presentan amputaciones.

Tras la implementación de las entrevistas, se elaboró una base de datos utilizando para ello el paquete estadístico SPSS, versión 20.0 para Windows (en Inglés). Todos los datos fueron informatizados.

La selección de la muestra se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

3.5. Criterios de inclusión

- 1) Ser residente en Madrid.
- 2) Pacientes que carezcan de uno o los dos miembros superiores tanto de origen primario o secundario.
- 3) Tener una edad superior a los 18 años.

3.6. Criterios de exclusión

- 1) Presentar un grado de afectación somática o psíquica que incapacitaba para participar en el estudio o para aportar información fidedigna.
- 2) Personas que rechazaban participar en el estudio.

Así, la muestra estudiada estuvo compuesta por 20 personas con amputación de miembro superior de los cuales 3 (15%) era amputación de mano, 11 (55%) amputación debajo del codo, 5 amputación por encima del codo (25%) y 1 (5 %) amputación en hombro. Se inició la búsqueda de pacientes desde el mes de noviembre del 2012 y se realizó las entrevistas desde febrero del 2013 hasta mayo del 2013 en los diferentes centros mencionados.

3.7. Método estadístico

Mediante la aplicación de los 18 ítems a la población muestral compuesta, como ya se ha descrito, podemos obtener una impresión de la validez clínica o discriminante del instrumento. Es decir, de su capacidad para discriminar entre los distintos grupos de la población muestral, de manera coherente con las características diferenciales de discapacidad existentes en los mismos.

Por lo tanto, mediante dicha estrategia de análisis de la validez se ha de evaluar la manera en que las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas del instrumento permitan establecer distinciones entre la discapacidad existente en las diferentes grupos poblacionales.

Para ello se realizó un análisis de las diferencias de puntuación presentadas por los distintos grupos muestrales en los Dominios y Escalas Globales 18 ítems.

Para este estudio se usó el paquete estadístico SPSS, versión 20.0 para Windows (en inglés).

4. RESULTADOS

El estudio se ha realizado en una población de personas discapacitadas que cumpla con los criterios de inclusión/exclusión mencionar que dichas personas se encontraron en el departamento de rehabilitación por lo cual ya se encontraban estabilizadas y muchas de ellas con prótesis por lo cual se clasificó de acuerdo al nivel de amputación que presenta y estos son:

- Amputación en hombro, 1 paciente
- Amputación en encima del codo, 5 pacientes
- Amputación en debajo del codo, 11 pacientes
- Amputación en mano, 3 pacientes

Dada la característica de la muestra se toman los 20 pacientes sin división de segmento.

Se ha tenido en cuenta las 18 variables estudiadas:

- Concentración
- Memoria reciente

- Memoria antigua
- Solución de problemas
- Entiende lo que se dice
- Se le entiende al hablar
- Mantener conversaciones
- Tener amistades
- Estar solo en casa
- Salir de casa
- Adquirir comida
- Hacer el trabajo de casa
- Hacerse la higiene personal
- Hacer la comida
- Comer y beber
- Pasear
- Participar en reuniones
- Ir en vehículos

Teniendo en cuenta la muestra total se estructuran las diferentes variables del estudio en Tablas de frecuencia y se define como:

- Frecuencia absoluta (n_1) de una variable como el número de veces que aparece en la muestra dicho valor de la variable.
- Frecuencia relativa o porcentaje (f_1) es el cociente entre la frecuencia absoluta y el tamaño de la muestra (N): $F_1 = n_1/N$.

Los resultados de frecuencia obtenidos de dicho trabajo serán expresados en términos absolutos, como porcentajes e intervalos de confianza.

Los resultados que se presenten como variables cuantitativas se expresarán como media o mediana (según proceda) y la correspondiente medida de dispersión.

A las variantes utilizadas en la encuesta se asignará los siguientes puntos, basándose en la escala que socialmente es aceptable:

	Puntos	Significado
Sí	1	
NO	0	
En ningún momento	3	
Solo por la noche	2	
Solo por el día	1	
Todo el día	0	
Sin ayuda	0	
Ayuda física	1	
Ayuda personal	2	
No puede	3	

En las preguntas con respuesta "SÍ" o "NO" el "SÍ" es la que nos daría un individuo sin ningún trastorno. En las respuestas con pregunta múltiple "0" a la respuesta que daría un individuo sin ningún trastorno; siendo "1", "2", "3" lo que correspondería a una mayor pérdida de la autonomía personal.

Todos estos datos que obtenemos de manera descriptiva los mostraremos por medio de datos calculados en tablas y gráficos.

Tablas descriptivas

Edad		
N	Validos	20
	Ausentes	0
Media		38,70
Mediana		38,50
Moda		27

Intervalo de edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	<29	4	20,0	20,0	20,0
	30-39	8	40,0	40,0	60,0
	40-59	6	30,0	30,0	90,0
	>60	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	16	80,0	80,0	80,0
	Femenino	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Causas de amputación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Traumática	14	70,0	70,0	70,0
	Infección	1	5,0	5,0	75,0
	Tumor	3	15,0	15,0	90,0
	Vascular	1	5,0	5,0	95,0
	Congénita	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Causas y nivel de amputación

			Nivel de Amputación				Total	
			Mano	Debajo del Codo	Encima del Codo	Hombro		
Causa de amputación	Traumática	Recuento	2	7	5	0	14	
		% Nivel de Amputación	66,7%	63,6%	100,0%	0,0%	70,0%	
	Infección	Recuento	0	0	0	1	1	
		% Nivel de Amputación	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	5,0%	
	Tumor	Recuento	0	3	0	0	3	
		% Nivel de Amputación	0,0%	27,3%	0,0%	0,0%	15,0%	
	Vascular	Recuento	1	0	0	0	1	
		% Nivel de Amputación	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	
	Congénita	Recuento	0	1	0	0	1	
		% Nivel de Amputación	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	5,0%	
	Total		Recuento	3	11	5	1	20
			% Nivel de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	29,351 ^a	12	,003
Razón de verosimilitudes	16,606	12	,165
Asociación lineal por lineal	,869	1	,351
N de casos válidos	20		

^a. 19 casillas (95,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a cinco.

En la CAUSA DE LA AMPUTACIÓN independientemente del nivel de la misma la "p" es significativa, es decir, vale 0.003 para el origen traumático.

Concentración

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SÍ	20	100,0	100,0	100,0

Memoria reciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	20	100,0	100,0	100,0

Memoria antigua

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	20	100,0	100,0	100,0

Solución de problemas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	20	100,0	100,0	100,0

Entiende lo que se le dice

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	20	100,0	100,0	100,0

Se le entiende al hablar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	20	100,0	100,0	100,0

Puede mantener conversación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	20	100,0	100,0	100,0

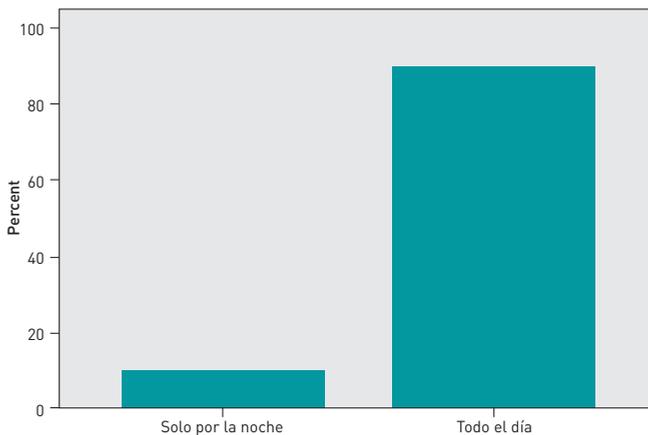
Puede tener amistades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	20	100,0	100,0	100,0

Estar solo en casa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solo por la noche	2	10,0	10,0	10,0
	Todo el día	18	90,0	90,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

¿Puede estar solo en casa?



¿Puede estar solo en casa? * Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
¿Puede estar solo en casa?	Solo por la noche	Recuento	2	0	2
		% Sexo	12,5%	0,0%	10,0%
	Todo el día	Recuento	14	4	18
		% Sexo	87,5%	100,0%	90,0%
Total		Recuento	16	4	20
		% Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	,556	1	,456
Razón de Verosimilitudes	,947	1	,331
Asociación lineal por lineal	,528	1	,468
Nº de casos válidos	20		

¿Puede estar solo en casa? * Intervalo Edad

			Intervalo Edad				Total
			<29	30-39	40-49	>50	
¿Puede estar solo en casa?	Solo por la noche	Recuento	0	0	0	2	2
		% Intervalo Edad	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	10,0%
	Todo el día	Recuento	4	8	6	0	18
		% Intervalo Edad	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	90,0%
Total		Recuento	4	8	6	2	20
		% Intervalo Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	20,000	3	,000
Razón de Verosimilitudes	13,003	3	,005
Asociación lineal por lineal	7,532	1	,006
Nº de casos válidos	20		

¿Puede estar solo en casa? * Nivel de Amputación

			Nivel de Amputación				Total %
			Mano	Debajo del Codo	Encima del Codo	Hombro	
¿Puede estar solo en casa?	Solo por la noche	Recuento	0	1	0	1	2
		% Nivel de Amputación	0,0%	9,1%	0,0%	100,0%	10,0
	Todo el día	Recuento	3	10	5	0	18
		% Nivel de Amputación	100,0%	90,9%	100,0%	0,0%	90,0
Total		Recuento	3	11	5	1	20
		% Nivel de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	9,899 ^a	3	,019
Razón de Verosimilitudes	6,301	3	,098
Asociación lineal por lineal	2,413	1	,120
N de casos válidos	20		

^a 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

¿Puede estar solo en casa?* Causa de Amputación

			Causa de Amputación					Total %
			Traumática	Infeción	Tumor	Vascular	Congénita	
¿Puede estar solo en casa?	Solo por la noche	Recuento	1	1	0	0	0	2
		% Causa de Amputación	7,1%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0
	Todo el día	Recuento	13	0	3	1	1	18
		% Causa de Amputación	92,9%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	90,0
Total		Recuento	14	1	3	1	1	20
		% Causa de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	9,683 ^a	4	,046
Razón de Verosimilitudes	5,798	4	,215
Asociación lineal por lineal	,060	1	,807
N de casos válidos	20		

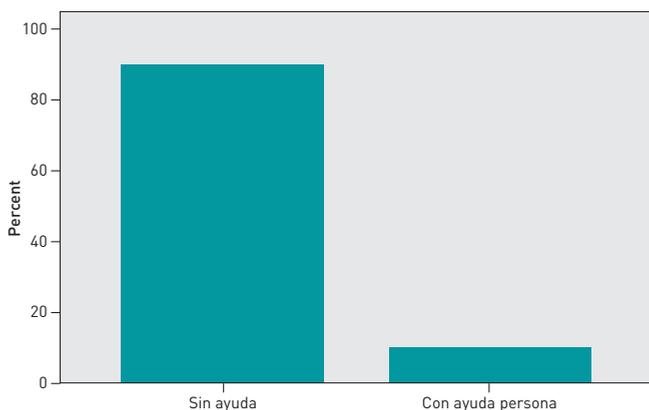
^a 9 casillas (90,0%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

En cuanto a la variable ¿puede estar solo en casa?, se observó que 2 pacientes (10%) respondieron que podían estar solos en casa sólo por la noche. Si bien un paciente presentaba una amputación a nivel del hombro y el otro debajo del codo, parece que la razón principal para esta respuesta se basa en el hecho que ambos pacientes eran mayores de 60 años y por lo tanto precisaban ayuda para las actividades en la casa durante el día pero no en la noche que es cuando duermen.

Salir de casa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin ayuda	18	90,0	90,0	90,0
	Con ayuda personal	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

¿Puede salir de casa?



¿Puede salir de casa? * Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
¿Puede salir de casa?	Sin ayuda	Recuento	14	4	18
		% Sexo	87,5%	100,0%	90,0%
	Con ayuda personal	Recuento	2	0	2
		% Sexo	12,5%	0,0%	10,0%
Total		Recuento	16	4	20
		% Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	,556	1	,456
Razón de Verosimilitudes	,947	1	,331
Asociación lineal por lineal	,528	1	,468
N de casos válidos	20		

¿Puede salir de casa? * Intervalo Edad

			Intervalo Edad				Total %
			<29	30-39	40-49	>50	
¿Puede salir de casa?	Sin ayuda	Recuento	4	8	6	0	18
		% Intervalo Edad	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	90%
	Con ayuda personal	Recuento	0	0	0	2	2
		% Intervalo Edad	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	10,0
Total		Recuento	4	8	6	2	20
		% Intervalo Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	20,000 ^a	3	,000
Razón de Verosimilitudes	13,003	3	,005
Asociación lineal por lineal	7,532	1	,006
N de casos válidos	20		

^a 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

¿Puede salir de casa? * Nivel de Amputación

			Nivel de Amputación				Total
			Mano	Debajo del Codo	Encima del Codo	Hombro	
¿Puede salir de casa?	Sin ayuda	Recuento	3	10	5	0	18
		% Nivel de Amputación	100,0%	90,9%	100,0%	0,0%	90,0%
	Con ayuda personal	Recuento	0	1	0	1	2
		% Nivel de Amputación	0,0%	9,1%	0,0%	100,0%	10,0%
Total		Recuento	3	11	5	1	20
		% Nivel de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	9,899 ^a	3	,019
Razón de Verosimilitudes	6,301	3	,098
Asociación lineal por lineal	2,413	1	,120
N de casos válidos	20		

^a 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

¿Puede salir de casa? * Causa de Amputación

			Causa de Amputación					Total
			Traumática	Infección	Tumor	Vascular	Congénita	
¿Puede salir de casa?	Sin ayuda	Recuento	13	0	3	1	1	18
		% Causa de Amputación	92,9%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	90,0%
	Con ayuda personal	Recuento	1	1	0	0	0	2
		% Causa de Amputación	7,1%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%
Total		Recuento	14	1	3	1	1	20
		% Causa de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

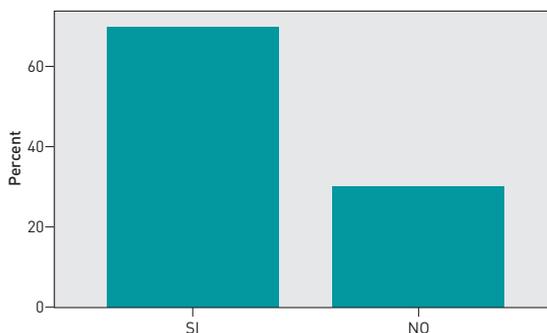
	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	9,683 ^a	4	,046
Razón de Verosimilitudes	5,798	4	,215
Asociación lineal por lineal	,060	1	,807
N de casos válidos	20		

^a. 9 casillas (90,0%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

Adquirir comida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SÍ	14	70,0	70,0	70,0
	NO	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

¿Puede adquirir comida?



¿Puede adquirir comida? * Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
¿Puede adquirir comida?	SÍ	Recuento	13	1	14
		% Sexo	81,2%	25,0%	70,0%
	NO	Recuento	3	3	6
		% Sexo	18,8%	75,0%	30,0%
Total		Recuento	16	4	20
		% Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	4,821 ^a	1	,028
Razón de Verosimilitudes	4,493	1	,034
Asociación lineal por lineal	4,580	1	,032
N de casos válidos	20		

¿Puede adquirir comida? * Intervalo Edad

			Intervalo Edad				Total
			<29	30-39	40-49	>50	
¿Puede adquirir comida?	SÍ	Recuento	3	6	5	0	14
		% Intervalo Edad	75,0%	75,0%	83,3%	0,0%	70,0%
	NO	Recuento	1	2	1	2	6
		% Intervalo Edad	25,0%	25,0%	16,7%	100,0%	30,0%
Total		Recuento	4	8	6	2	20
		% Intervalo Edad	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	5,317 ^a	3	,150
Razón de Verosimilitudes	5,532	3	,137
Asociación lineal por lineal	1,352	1	,245
N de casos válidos	20		

^a 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

¿Puede adquirir comida? * Nivel de Amputación

			Nivel de Amputación				Total
			Mano	Debajo del Codo	Encima del Codo	Hombro	
¿Puede adquirir comida?	SÍ	Recuento	3	8	3	0	14
		% Nivel de Amputación	100,0%	72,7%	60,0%	0,0%	70,0%
	NO	Recuento	0	3	2	1	6
		% Nivel de Amputación	0,0%	27,3%	40,0%	100,0%	30,0%
Total		Recuento	3	11	5	1	20
		% Nivel de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	3,896 ^a	3	,273
Razón de Verosimilitudes	4,813	3	,186
Asociación lineal por lineal	3,167	1	,075
N de casos válidos	20		

^a 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

¿Puede adquirir comida?* Causa de Amputación

			Causa de Amputación					Total
			Traumática	Infección	Tumor	Vascular	Congénita	
¿Puede adquirir comida?	Sin ayuda	Recuento	9	0	3	1	1	14
		% Causa de Amputación	64,3%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	70,0
	Con ayuda personal	Recuento	5	1	0	0	0	6
		% Causa de Amputación	35,7%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	30,0
Total		Recuento	14	1	3	1	1	20
		% Causa de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	4,694 ^a	4	,320
Razón de Verosimilitudes	6,185	4	,186
Asociación lineal por lineal	1,643	1	,200
N de casos válidos	20		

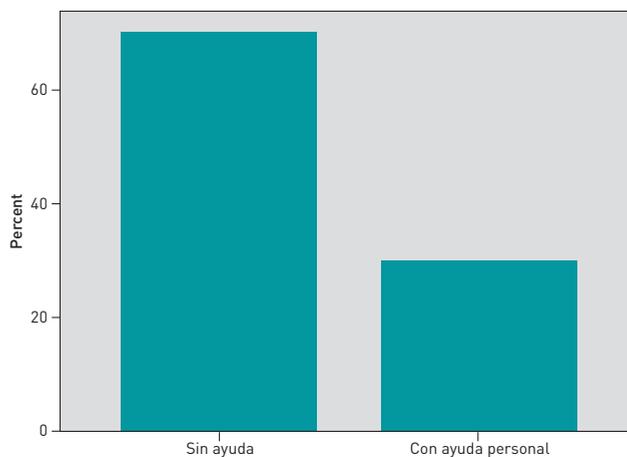
^a. 9 casillas (90,0%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

En cuanto a la variable ¿puede adquirir comida?, se observó que 6 pacientes (30%) respondieron no, y de estos el 50% tenían la amputación por encima del codo y a nivel del hombro, lo cual condicionaría mayor dificultad para esta actividad.

Hacer el trabajo de casa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin ayuda	14	70,0	70,0	70,0
	Con ayuda personal	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

¿Puede hacer el trabajo en casa menos comida?



¿Puede hacer el trabajo de casa menos comida? * Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
¿Puede hacer el trabajo de casa menos comida?	Sin ayuda	Recuento	13	1	14
		% Sexo	81,2%	25,0%	70,0%
	Con ayuda personal	Recuento	3	3	6
		% Sexo	18,8%	75,0%	30,0%
Total		Recuento	16	4	20
		% Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	4,821 ^a	1	,028
Razón de Verosimilitudes	4,493	1	,034
Asociación lineal por lineal	4,580	1	,032
Nº de casos válidos	20		

¿Puede hacer el trabajo de casa menos comida? * Intervalo Edad

			Intervalo Edad				Total
			<29	30-39	40-49	>50	
¿Puede hacer el trabajo de casa menos comida?	Sin ayuda	Recuento	3	6	5	0	14
		% Intervalo Edad	75,0%	75,0%	83,3%	0,0%	70,0%
	Con ayuda personal	Recuento	1	2	1	2	6
		% Intervalo Edad	25,0%	25,0%	16,7%	100,0%	30,0%
Total		Recuento	4	8	6	2	20
		% Intervalo Edad	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	5,317 ^a	3	,150
Razón de Verosimilitudes	5,532	3	,137
Asociación lineal por lineal	1,352	1	,245
N de casos válidos	20		

^a. 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

¿Puede hacer el trabajo de casa menos comida? * Nivel de Amputación

			Nivel de Amputación				Total
			Mano	Debajo del Codo	Encima del Codo	Hombro	
¿Puede hacer el trabajo de casa menos comida?	Sin ayuda	Recuento	3	8	3	0	14
		% Nivel de Amputación	100,0%	72,7%	60,0%	0,0%	70,0%
	Con ayuda personal	Recuento	0	3	2	1	6
		% Nivel de Amputación	0,0%	27,3%	40,0%	100,0%	30,0%
Total		Recuento	3	11	5	1	20
		% Nivel de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	3,896 ^a	3	,273
Razón de Verosimilitudes	4,813	3	,186
Asociación lineal por lineal	3,167	1	,075
N de casos válidos	20		

^a 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

¿Puede hacer el trabajo de casa menos comida? * Causa de Amputación

			Causa de Amputación					Total
			Traumática	Infección	Tumor	Vascular	Congénita	
¿Puede hacer el trabajo de casa menos comida?	Sin ayuda	Recuento	9	0	3	1	1	14
		% Causa de Amputación	64,3%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	70,0
	Con ayuda personal	Recuento	5	1	0	0	0	6
		% Causa de Amputación	35,7%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	30,0
Total		Recuento	14	1	3	1	1	20
		% Causa de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

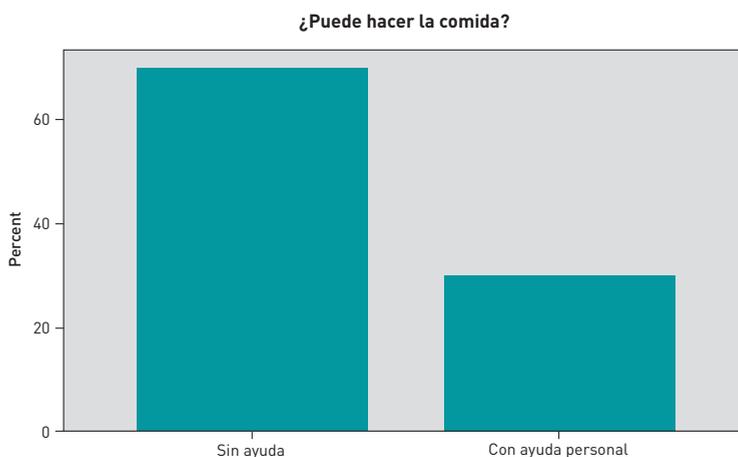
Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	4,694 ^a	4	,320
Razón de Verosimilitudes	6,185	4	,186
Asociación lineal por lineal	1,643	1	,200
N de casos válidos	20		

^a 9 casillas (90,0%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

Cocinar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin ayuda	14	70,0	70,0	70,0
	Con ayuda personal	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	



¿Puede hacer la comida? * Sexo

		Sexo		Total	
		Masculino	Femenino		
¿Puede hacer la comida?	Sin ayuda	Recuento	13	1	14
		% Sexo	81,2%	25,0%	70,0%
	Con ayuda personal	Recuento	3	3	6
		% Sexo	18,8%	75,0%	30,0%
Total		Recuento	16	4	20
		% Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	4,821 ^a	1	,028
Razón de Verosimilitudes	4,493	1	,034
Asociación lineal por lineal	4,580	1	,032
N de casos válidos	20		

¿Puede hacer la comida? * Intervalo Edad

			Intervalo Edad				Total
			<29	30-39	40-49	>50	
¿Puede hacer la comida?	Sin ayuda	Recuento	3	6	5	0	14
		% Intervalo Edad	75,0%	75,0%	83,3%	0,0%	70,0%
	Con ayuda personal	Recuento	1	2	1	2	6
		% Intervalo Edad	25,0%	25,0%	16,7%	100,0%	30,0%
Total		Recuento	4	8	6	2	20
		% Intervalo Edad	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	5,317 ^a	3	,150
Razón de Verosimilitudes	5,532	3	,137
Asociación lineal por lineal	1,352	1	,245
N de casos válidos	20		

^a 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

¿Puede hacer la comida? * Nivel de Amputación

			Nivel de Amputación				Total
			Mano	Debajo del Codo	Encima del Codo	Hombro	
¿Puede hacer la comida?	Sin ayuda	Recuento	3	8	3	0	14
		% Nivel de Amputación	100,0%	72,7%	60,0%	0,0%	70,0%
	Con ayuda personal	Recuento	0	3	2	1	6
		% Nivel de Amputación	0,0%	27,3%	40,0%	100,0%	30,0%
Total		Recuento	3	11	5	1	20
		% Nivel de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	3,896 ^a	3	,273
Razón de Verosimilitudes	4,813	3	,186
Asociación lineal por lineal	3,167	1	,075
N de casos válidos	20		

^a. 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

¿Puede hacer la comida? * Causa de Amputación

			Causa de Amputación					Total
			Traumática	Infección	Tumor	Vascular	Congénita	
¿Puede hacer la comida?	Sin ayuda	Recuento	9	0	3	1	1	14
		% Causa de Amputación	64,3%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	70,0
	Con ayuda personal	Recuento	5	1	0	0	0	6
		% Causa de Amputación	35,7%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	30,0
Total		Recuento	14	1	3	1	1	20
		% Causa de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	4,694 ^a	4	,320
Razón de Verosimilitudes	6,185	4	,186
Asociación lineal por lineal	1,643	1	,200
N de casos válidos	20		

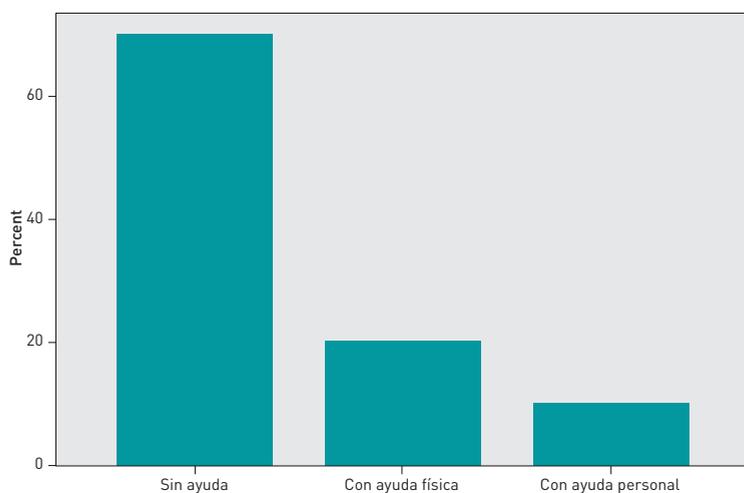
^a. 9 casillas (90,0%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

En cuanto a las variables ¿puede hacer el trabajo de casa menos comida? y ¿puede hacer la comida?, se observó que estos mismos 6 pacientes (3 de ellos con amputación por encima del codo y a nivel del hombro) respondieron que requerían ayuda personal probablemente por la dificultad que condiciona una amputación de la mayor parte del miembro superior.

Higiene personal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin ayuda	14	70,0	70,0	70,0
	Con ayuda física	4	20,0	20,0	90,0
	Con ayuda personal	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

¿Puede hacer la higiene personal?



¿Puede hacer la higiene personal? * Sexo

		Sexo		Total	
		Masculino	Femenino		
¿Puede hacer la higiene personal	Sin ayuda	Recuento	13	1	14
		% Sexo	81,2%	25,0%	70,0%
	Con ayuda física	Recuento	1	3	4
		% Sexo	6,2%	75,0%	20,0%
	Con ayuda personal	Recuento	2	0	2
		% Sexo	12,5%	0,0%	10,0%
Total	Recuento	16	4	20	
	% Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	9,509 ^a	2	,009
Razón de Verosimilitudes	8,312	2	,016
Asociación lineal por lineal	1,322	1	,250
N de casos válidos	20		

^a 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40

¿Puede hacer la higiene personal? * Intervalo Edad

			Intervalo Edad				Total
			<29	30-39	40-49	>50	
¿Puede hacer la higiene personal?	Sin ayuda	Recuento	3	6	5	0	14
		% Intervalo Edad	75,0%	75,0%	83,3%	0,0%	70,0%
	Con ayuda física	Recuento	1	2	1	0	4
		% Intervalo Edad	25,0%	25,0%	16,7%	0,0%	20,0%
	Con ayuda personal	Recuento	0	0	0	2	2
		% Intervalo Edad	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	10,0%
Total	Recuento	4	8	6	2	20	
	% Intervalo Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	20,179 ^a	6	,003
Razón de Verosimilitudes	13,170	6	,040
Asociación lineal por lineal	4,180	1	,041
N de casos válidos	20		

^a 11 casillas (91,7%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

¿Puede hacer la higiene personal? * Nivel de Amputación

			Nivel de Amputación				Total
			Mano	Debajo del Codo	Encima del Codo	Hombro	
¿Puede hacer la higiene personal?	Sin ayuda	Recuento	3	8	3	0	14
		% Nivel de Amputación	100,0%	72,7%	60,0%	0,0%	70,0%
	Con ayuda física	Recuento	0	2	2	0	4
		% Nivel de Amputación	0,0%	18,2%	40,0%	0,0%	20,0%
	Con ayuda personal	Recuento	0	3	2	1	6
		% Nivel de Amputación	0,0%	27,3%	40,0%	100,0%	30,0%
Total		Recuento	3	11	5	1	20
		% Nivel de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	11,896 ^a	6	,064
Razón de Verosimilitudes	8,633	6	,195
Asociación lineal por lineal	3,732	1	,053
N de casos válidos	20		

^a. 11 casillas (91,7%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

¿Puede hacer la la higiene personal? * Causa de Amputación

			Causa de Amputación					Total
			Traumática	Infección	Tumor	Vascular	Congénita	
¿Puede hacer la la higiene personal?	Sin ayuda	Recuento	9	0	3	1	1	14
		% Causa de Amputación	64,3%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	70,0
	Con ayuda física	Recuento	4	0	0	0	0	4
		% Causa de Amputación	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0
	Con ayuda personal	Recuento	1	1	0	0	0	2
		% Causa de Amputación	7,1%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%
Total		Recuento	14	1	3	1	1	20
		% Causa de Amputación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. Asintótica bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	11,837 ^a	8	,159
Razón de Verosimilitudes	8,820	8	,358
Asociación lineal por lineal	,992	1	,319
N de casos válidos	20		

^a 14 casillas (93,3%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

En cuanto a la variable ¿puede hacer la higiene personal?, se constató que los mismos 6 pacientes (30%) respondieron que requerían ayuda. Los 2 pacientes mayores de 60 años (10%) requerían ayuda personal, y los otros 4 pacientes (20%) requerían ayuda física como por ejemplo una escobilla o una prótesis, y de estos el 50% tenían la amputación por encima del codo que determinaría mayor dificultad de movimientos.

Comer y beber

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin ayuda	20	100,0	100,0	100,0	70,0

Pasear

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin ayuda	20	100,0	100,0	100,0	70,0

Participar reuniones

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin ayuda	20	100,0	100,0	100,0	70,0

Ir en vehículos

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin ayuda	20	100,0	100,0	100,0	70,0

5. DISCUSIÓN

De los 20 pacientes que realizaron el cuestionario de 18 ítems, estos a su vez están agrupados en comprensión, comunicación, actividades domiciliarias/cuidados y participación social se aprecia lo siguiente:

1. En la comprensión no presentan ninguna limitación.
2. En la comunicación no presentan ninguna limitación.
3. En las actividades domiciliarias/cuidados presentan lo siguiente:
 - 3.1 Pueden **Estar solo en casa** todo el día 18 personas (90%) y solo por la noche 2 personas (10%). Estas 2 personas son hombres, mayores de 50 años, el nivel de amputación ha sido a nivel del hombro y debajo del codo. La causa de amputación ha sido traumática e infecciosa.
 - 3.2 Pueden **Salir de casa** sin ayuda 18 personas (90%) y solo con ayuda personal 2 personas (10%). Estas 2 personas son hombres, mayores de 50 años, el nivel de amputación ha sido a nivel del hombro y debajo del codo. La causa de amputación ha sido traumática e infecciosa.
 - 3.3 Pueden **Adquirir comida** de los cuales respondieron que sí 14 personas (70%) y 6 personas respondieron que no podían. Estas 6 personas son de ambos sexos, se ha presenta en todos los intervalos de edades, el nivel de amputación ha sido a nivel del hombro, debajo del codo y encima del codo. La causa de amputación ha sido traumática e infecciosa.
 - 3.4 Pueden **Hacer el trabajo en casa menos comida** sin ayuda 14 personas (70%) y 6 personas con ayuda personal (30%). Estas 6 personas son de ambos sexos, se ha presenta en todos los intervalos de edades, el nivel de amputación ha sido a nivel del hombro, debajo del codo y encima del codo. La causa de amputación ha sido traumática e infecciosa.
 - 3.5 Pueden **Hacer la higiene personal** sin ayuda 14 personas (70%), 4 personas con ayuda física (4%) y 2 personas con ayuda personal (2%). Estas 6 personas son de ambos sexos, se ha presenta en todos los intervalos de edades, el nivel de amputación ha sido a nivel del hombro, debajo del codo y encima del codo. La causa de amputación ha sido traumática e infecciosa.
 - 3.6 Pueden **Cocinar** sin ayuda 14 personas (70%) y 6 personas con ayuda personal (30%). Estas 6 personas son de ambos sexos, se presenta en todos los intervalos

de edades, el nivel de amputación ha sido a nivel del hombro, debajo del codo y encima del codo. La causa de amputación ha sido traumática e infecciosa.

3.7 Pueden **Comer/Beber** no presentan ninguna limitación.

4. En participación social no presentan ninguna limitación.

De los 4 bloques de la encuesta se aprecia que en 3 de ellos no hay nadie que presente limitaciones, siendo está de las más importantes.

Del bloque que existe limitaciones se han eliminado aquella en la que sólo 2 pacientes (10%) presentan limitaciones, en alguno además la limitación era solucionable con ayuda física.

Por lo tanto en cuatro ítems (adquisición de comida, trabajo en casa, higiene personal y cocinar) en las que habiendo retirado aquellos con ayuda física nos quedaría que como él máximo el 25% de esta población de amputados en solo dos ítems sobre 18 necesitaría de ayudas personales por lo que se podría pensar en que el valor de la amputación de un miembro superior podría situarse en el 11% (2/18) de los requisitos necesario para las actividades de la vida diaria.

Comparando estos resultados obtenidos con los diferentes baremos podemos señalar lo siguiente:

1. En el *baremo de seguro obligatorio de viajeros* aquí se muestra que en caso de una pérdida total de mano por desarticulación de la muñeca o amputación del tercio distal del antebrazo se la clasifica como de tercera categoría (3/14) siendo el 14 el valor más bajo. Por lo que si comparamos con nuestro resultado encontramos que este baremo le da una mayor puntuación a la secuela y la considera como grave.
2. En el *baremo de lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes* estas lesiones no figura en el baremo porque parte del principio de que siempre son invalidantes. Para este trabajo partimos con el principio de que estas son secuelas que tienen que ser interpretadas sin embargo en este baremo no se admite interpretación o determinar mayor o menor gravedad.
3. En el *baremo de dependencia* se le considera que no tendría dependencia por lo cual sería el baremo en cual se coincide más los datos obtenidos en nuestra encuesta.

4. En el *baremo de discapacidad* si se presenta una amputación en miembro superior se le da una puntuación dependiendo de la secuela y teniendo en cuenta en nivel de amputación de esta, los valores que se le otorga van desde el 44 a 49%. Si comparamos con nuestro valor obtenido se aprecia que el porcentaje dado en este baremo es muy superior al que vemos reflejado en la encuesta realizada.
5. En el *Baremo de tráfico* si se presenta una amputación en miembro superior se le da una puntuación dependiendo de la secuela y teniendo en cuenta en nivel de amputación de esta, los valores que se le otorga van desde el 40 a 60%. Si comparamos con nuestro valor obtenido se aprecia que el porcentaje dado en este baremo es muy superior al que vemos reflejado en la encuesta realizada.

6. CONCLUSIONES

1. Que se han estudiado las amputaciones de miembro superior siguiendo el WHO-DAS II modificado y se ha encontrado que los que se encuentran por encima del codo y a nivel de hombro, son las que condicionan la mayor parte de las limitaciones físicas en estos pacientes y consiste en limitación con ayuda personal en los ítems (hacer el trabajo de casa y cocinar).
2. Que las amputaciones en los pacientes mayores de 60 años, independientemente del nivel de amputación, son las que más limitaciones padecen en las actividades básicas de la vida diaria.
3. Que no existen diferencias entre el hombre y la mujer en las limitaciones de estos amputados, así como tampoco según la causa de la misma. Sin embargo existen diferencias en el nivel de amputación.
4. Que de los 18 ítems estudiados solo seis de ellos resultaron significativos, de los que dos de ellos (estar solo en casa y salir de casa representan solo el 10% y el 20% de la muestra).
5. Que en dos ítems (hacer el trabajo en casa y cocinar) necesitaban ayuda personal el 25% de la muestra.
6. Que, sin poseer el "peso" de los ítems no se puede determinar cuál sería la asignación de la pérdida de la función manual, pero dado la importancia relativa de lo que no "pueden hacer" se estima que el valor de la función manual tomando como referencia el WHO-DAS II modificado es inferior al 11% del total de la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Estudios sobre Discapacidad en el Perú. Comisión Especial de Estudio sobre Discapacidad. Congreso de la República - PNUD (2006)
- Prevalencia de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía en Perú (1993)
- Borobia Fernández, C., y otros. Valoración del daño corporal. Miembro superior Barcelona: Elsevier Masson, (2006)
- Defilippis Novoa, E.C.A y Sagastume, J.M. Tratado de traumatología médico legal. 2ª Ed. Buenos aires: Ábaco, (1987)
- Pierre Lucas el Michel Stehman. Séquelles Traumatiques. Volumen 4; (1998)
- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM, OMS/OPS (1983)
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF (OMS-OPS, Ginebra 2001)
- Discapacidad: lo que todos debemos saber. OMS/OPS. (2006)
- La Discapacidad en Chile: Pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano. FONADIS (2005)
- Encuesta Nacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía. ONCE - Instituto de Estadísticas - Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España (1999)
- García Blázquez Pérez, C. M y García- Blázquez Pérez, M. Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal. 15ª Ed. Granada: Comares, (2007)
- Inclusión de las Personas con Discapacidad: Estrategia Europea de Igualdad de Oportunidades. Comunidad Europea (2007)
- Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad (WHO-DAS II) OMS/OPS. Sitio Web (1998)
- Versión española del WHO-DAS II. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales –UIPC Centro Colaborador de la OMS. España (2006)
- Vázquez-Barquero JL, salud OMS. Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la organización Mundial de la salud: Versión española del WHO-DAS II: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; (2006)

- Borobia, C. Diferencias intercontinentales en los sistemas de baremo; III Congreso Internacional de Valoración del Daño Corporal; Montreal; 12/09/12.
- Real Decreto 1575/1989, de 22 de diciembre, por el que aprueba el reglamento del seguro obligatorio de viajeros.
- Orden TAS 1040/2005, de 18 de abril, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes.
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.
- Real Decreto legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.
- Mélenec, L. Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de invalideces. Barcelona: Masson, (1997)
- Borobia Fernández, C., y otros. Valoración del daño corporal. Barcelona: Elsevier Masson, (2006)
- Athins Dj, Heard DCY, Donovan WH. Epidemiologic Overview of Individuals with upper-limb loss and their reported research priorities. J Prosthet Orthop 1996; 8:2-11.
- Tutorial del paquete estadístico SPSS, versión 20.0 para Windows (en Inglés).
- Valoración de las Situaciones de Minusvalía. Guía VM. IMSERSO, España (2000).
- Adams. Fisioterapeutas en ortopedia. Amputación de miembros. Valoración, objetivos y tratamiento fisioterápico. Servicio de la comunidad de Madrid (2010)
- INE. Encuesta de Discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (2008)
- Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC 2004). INE-FONADIS OPS. Chile.
- Apuntes 2º Taller Regional del Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad. Septiembre. Brasil (2005)

9. LA BIOMECÁNICA DEL IMPACTO EN ACCIDENTES DE TRÁFICO, LOS NUEVOS PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y EL PONER A DISPOSICIÓN DEL PERITO MÉDICO DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL AL LESIONADO TRAS LA REFORMA DEL BAREMO Y L.E.C.

I. Ventura Diaz

1. ACREDITACIÓN DE LA LESIÓN Y NEXO CAUSAL. LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

No obstante, con carácter previo a la interposición de la demanda judicial, deberán comunicar el siniestro al asegurador, pidiendo la indemnización que corresponda. Esta reclamación extrajudicial contendrá la identificación y los datos relevantes de quien o quienes reclamen, una declaración sobre las circunstancias del hecho, la identificación del vehículo y del conductor que hubiesen intervenido en la producción del mismo de ser conocidas, así como cuanta información médica asistencial o pericial o de cualquier otro tipo tengan en su poder que permita la cuantificación del daño. *Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación. BOE Núm. 228 miércoles 23 de septiembre de 2015 Sec. I. Pág. 84473.*

Además de facilitar los informes médicos el lesionado, ¿debe ponerse a disposición de la aseguradora? la respuesta es afirmativa si interpretamos lo indicado en la reforma "A estos efectos, el asegurador, a su costa, podrá solicitar previamente los informes periciales privados que considere pertinentes, que deberá efectuar por servicios propios

o concertados, si considera que la documentación aportada por el lesionado es insuficiente para la cuantificación del daño”.

O lo que es lo mismo, el acceso de la aseguradora a cuanta información médica sea necesaria para la valoración del daño corporal. Su contrapartida es que una vez elaborado el informe pericial médico de la “aseguradora”, deberá ser facilitado al lesionado.

2. ASPECTOS MÁS RELEVANTES DE LA REFORMA BAREMO Y LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL

Podemos resumirlo en el procedimiento previo de valoración para la oferta o respuesta motivada, el subsiguiente procedimiento de acudir al Instituto de Medicina Legal y si continúan sin acuerdo, procedería bien acudir al procedimiento de medicación o a la vía judicial.

Los aspectos más relevantes de la reforma en la *Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*. BOE Núm. 228 miércoles 23 de septiembre de 2015 Sec. I. Pág. 84473.

Artículo 7. Obligaciones del asegurador y del perjudicado.

1. El asegurador, dentro del ámbito del aseguramiento obligatorio y con cargo al seguro de suscripción obligatoria, habrá de satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y en sus bienes, así como los gastos y otros perjuicios a los que tenga derecho según establece la normativa aplicable. Únicamente quedará exonerado de esta obligación si prueba que el hecho no da lugar a la exigencia de responsabilidad civil conforme al artículo 1 de la presente Ley.

El perjudicado o sus herederos tendrán acción directa para exigir al asegurador la satisfacción de los referidos daños, que prescribirá por el transcurso de un año.

No obstante, con carácter previo a la interposición de la demanda judicial, deberán comunicar el siniestro al asegurador, pidiendo la indemnización que corresponda. Esta reclamación extrajudicial contendrá la identificación y los datos relevantes de quien o quienes reclamen, una declaración sobre las circunstancias del hecho, la identificación del vehículo y del conductor que hubiesen intervenido en la producción del mismo de ser conocidas, así como cuanta información médica asistencial o pericial o de cualquier otro tipo tengan en su poder que permita la cuantificación del daño.

2. En el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado, tanto si se trata de daños personales como en los bienes, el asegurador deberá presentar una oferta motivada de indemnización si entendiera acreditada la responsabilidad y cuantificado el daño, que cumpla los requisitos del apartado 3 de este artículo. En caso contrario, o si la reclamación hubiera sido rechazada, dará una respuesta motivada que cumpla los requisitos del apartado 4 de este artículo.

A estos efectos, el asegurador, a su costa, podrá solicitar previamente los informes periciales privados que considere pertinentes, que deberá efectuar por servicios propios o concertados, si considera que la documentación aportada por el lesionado es insuficiente para la cuantificación del daño.

5. En caso de disconformidad del perjudicado con la oferta motivada, las partes, de común acuerdo y a costa del asegurador, podrán pedir informes periciales complementarios, incluso al Instituto de Medicina Legal siempre que no hubiese intervenido previamente.

Esta misma solicitud al Instituto de Medicina Legal podrá realizarse por el lesionado aunque no tenga el acuerdo de la aseguradora y con cargo a la misma. El Instituto de Medicina Legal que deba realizar el informe solicitará a la aseguradora que aporte los medios de prueba de los que disponga, entregando copia del informe pericial que emita a las partes.

Asimismo, el perjudicado también podrá solicitar informes periciales complementarios, sin necesidad de acuerdo del asegurador, siendo los mismos, en este caso, a su costa.

Esta solicitud de intervención pericial complementaria obligará al asegurador a efectuar una nueva oferta motivada en el plazo de un mes desde la entrega del informe pericial complementario, continuando interrumpido el plazo de prescripción para el ejercicio de las acciones judiciales. En todo caso, se reanudará desde que el perjudicado conociese el rechazo de solicitud por parte del asegurador de recabar nuevos informes.

6. Reglamentariamente podrá precisarse el contenido de la oferta motivada y de la respuesta motivada, así como las cuestiones relativas al procedimiento de solicitud, emisión, plazo y remisión de entrega del informe emitido por el Instituto de Medicina Legal correspondiente. Igualmente, dicha normativa garantizará la especialización de los Médicos Forenses en la valoración del daño corporal a través de las actividades formativas pertinentes.

8. Una vez presentada la oferta o la respuesta motivada, en caso de disconformidad y a salvo del derecho previsto en el apartado 5 de este precepto, o transcurrido el plazo para su emisión, el perjudicado podrá bien acudir al procedimiento de mediación previsto en el artículo 14 para intentar solucionar la controversia, o bien acudir a la vía jurisdiccional oportuna para la reclamación de los daños y perjuicios correspondientes.

No se admitirán a trámite, de conformidad con el artículo 403 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, las demandas en las que no se acompañen los documentos que acrediten la presentación de la reclamación al asegurador y la oferta o respuesta motivada, si se hubiera emitido por el asegurador.

Se introduce un nuevo Título IV con el siguiente enunciado y contenido: TÍTULO IV.

Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

CAPÍTULO I. Criterios generales para la determinación de la indemnización del daño corporal

Sección 1ª. Disposiciones generales

Artículo 37. Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración

1. La determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante informe médico ajustado a las reglas de este sistema.

2. El lesionado debe prestar, desde la producción del daño, la colaboración necesaria para que los servicios médicos designados por cuenta del eventual responsable lo reconozcan y sigan el curso evolutivo de sus lesiones. El incumplimiento de este deber constituye causa no imputable a la entidad aseguradora a los efectos de la regla 8ª. del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, relativa al devengo de intereses moratorios.

3. Los servicios médicos proporcionarán tanto a la entidad aseguradora como al lesionado el informe médico definitivo que permita valorar las secuelas, las lesiones temporales y todas sus consecuencias personales. A los efectos del artículo 7.3.c) de esta Ley, carecerá de validez la oferta motivada que no adjunte dicho informe, salvo que éste se hubiera entregado con anterioridad.

Igualmente, “se podrá instar al actor para que permita su examen por un facultativo, a fin de preparar un informe pericial” según la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuicia-

miento Civil, Ley 42/2015, de 5 de octubre, de Reforma de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. B.O.E Núm. 239 martes 6 de octubre de 2015 Sec. I. Pág. 90240.

Artículo 41. Se modifican los apartados 1 y 4 y se añade un nuevo apartado 5 al artículo 336, que quedan redactados del siguiente modo:

1. Los dictámenes de que los litigantes dispongan, elaborados por peritos por ellos designados, y que estimen necesarios o convenientes para la defensa de sus derechos, habrán de aportarlos con la demanda o con la contestación, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 337.

4. El demandado que no pueda aportar dictámenes escritos con la contestación a la demanda deberá justificar la imposibilidad de pedirlos y obtenerlos dentro del plazo para contestar.

5. A instancia de parte, el juzgado o tribunal podrá acordar que se permita al demandado examinar por medio de abogado o perito las cosas y los lugares cuyo estado y circunstancias sean relevantes para su defensa o para la preparación de los informes periciales que pretenda presentar. Asimismo, cuando se trate de reclamaciones por daños personales, podrá instar al actor para que permita su examen por un facultativo, a fin de preparar un informe pericial.

3. PERITO MÉDICO VALORADOR DEL DAÑO CORPORAL. LA AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS Y DERECHOS DEL PACIENTE

Son de aplicación la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

La Agencia Española de Protección de Datos ya se pronunció sobre el acceso a la información médica del lesionado por la aseguradora "...De todo lo expuesto se concluye que, tanto desde la perspectiva de las obligaciones del asegurador contenidas en la Ley 50/1980, como desde las derivadas de la Ley 30/1995, las entidades aseguradoras deben recabar y conservar, en su caso, información relativa a la salud de los terceros que deban ser indemnizados como consecuencia de un seguro de responsabilidad civil. Debe entenderse que concurren las excepciones al tratamiento de tales datos sin consentimiento del afectado previstas en los artículos 6.1, 7.3 y 11.2.a) de la LOPD".

A mayor abundamiento, cabe señalar que el artículo 11.2 c) de la LOPD considera que el consentimiento del afectado no es necesario cuando la cesión “responda a la libre y legítima aceptación de una relación jurídica cuyo desarrollo, cumplimiento y control implique necesariamente la conexión de dicho tratamiento con ficheros de terceros”. Teniendo en cuenta que, como consecuencia de la producción del siniestro, se genera una relación jurídica entre la compañía aseguradora del causante del daño y el perjudicado, de la que, de una parte, resulta la obligación de aquélla de pagar la indemnización derivada de los daños causados por el siniestro y de otra, otorga al perjudicado una acción directa contra la compañía aseguradora para exigir el pago de dicha indemnización, las cesiones de datos objeto de consulta resultan igualmente amparadas por lo previsto en el artículo 11.2.c) de la LOPD.

Informe jurídico 0411/2010.

https://www.agpd.es/porta1webAGPD/cana1documentacion/informes_juridicos/cesion_datos/common/pdfs/2010-0411_Comicaci-oo-n-de-datos-de-accidentes-de-tr-aa-fico-a-compa-n--ii-as-aseguradoras.pdf

La reforma supone un cambio radical en el acceso al informe pericial asegurador, frente a lo que se estaba alegando hasta ahora, muy bien esquematizado en el artículo: “...En efecto, la Ley de Derechos del Paciente se aplica en el ámbito asistencial, no el pericial, y la Ley de Protección de Datos garantiza el acceso a nuestros *datos* pero no al resultado del tratamiento de esos *datos*, es decir, la valoración y conclusiones del médico, obra intelectual de su propiedad (o de la aseguradora para quien trabaja). Esta obviedad no tuvo que parecérselo a la mismísima Agencia Española de Protección de Datos, que resolvió a favor de una lesionada que solicitaba conocer la puntuación de secuelas del informe de la aseguradora. El asunto acabó siendo objeto de recurso de casación que propició la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso, de 11 de marzo de 2011 (ROJ 1226/2011), donde se corrige a la Agencia y se concluye: “*que las valoraciones o apreciaciones de índole médico sobre el encaje de las lesiones o secuelas padecidas por la recurrente en el baremo del Real Decreto Legislativo 8/2004 no deben considerarse como datos base [...]*”.

Con o sin una disposición reglamentaria como la del artículo 13.2 del Reglamento aprobado por Real Decreto 1332/1994, y por muy amplios que sean los criterios a la hora de determinar el contenido del derecho de acceso, sin duda esencial en la materia, la información no puede extenderse a una circunstancia absolutamente secundaria y técnica cual es la ubicación de los datos sobre la salud facilitados en unos apartados de un baremo previsto con finalidad exclusivamente indemnizatoria. (FJ 4).

¿Peritos o médicos? Derecho de acceso a informes por Rosendo Hernández Rubio el 24/06/2012.

<https://areadesiniestros.redcumes.com/2012/06/24/%C2%BFperitos-o-medicos-derecho-de-acceso-a-informes/>

Siendo vigente la necesidad del perito médico valorador de recabar el consentimiento y sujeción "en toda su actividad el médico valorador está sujeto a la L.O.P.D.. y lo está, ya que los datos que utiliza son titularidad del afectado que, mediante consentimiento, los transmite, legitimando así su tratamiento y en su caso posterior cesión por parte del médico valorador, como bien se explica en el artículo "La actividad de los peritos médicos valoradores ante la Ley Orgánica de Protección de Datos" Autor: Daniel Gómez de Arriba. Abogado Revista: Cuadernos de Valoración (Órgano Oficial de Difusión de la Sociedad Española de Valoración del Daño Corporal)- Enero-Febrero 2002.

Podemos interpretar, a tenor de dicho artículo y de la reforma, que estamos ante un consentimiento tácito.

Artículo 7. Obligaciones del asegurador y del perjudicado

El perjudicado o sus herederos tendrán acción directa para exigir al asegurador la satisfacción de los referidos daños, que prescribirá por el transcurso de un año. No obstante, con carácter previo a la interposición de la demanda judicial, deberán comunicar el siniestro al asegurador, pidiendo la indemnización que corresponda. Esta reclamación extrajudicial contendrá la identificación y los datos relevantes de quien o quienes reclamen, una declaración sobre las circunstancias del hecho, la identificación del vehículo y del conductor que hubiesen intervenido en la producción del mismo de ser conocidas, así como cuanta información médica asistencial o pericial o de cualquier otro tipo tengan en su poder que permita la cuantificación del daño...

Lo que no hay que descuidar son las medidas de protección, el nivel alto de las medidas de seguridad en el tratamiento de datos de carácter personal recordemos la sanción por enviar por fax un informe médico, impuesto por de la Agencia Española de Protección de Datos en el Procedimiento Nº PS/00353/2010 Resolución: R/02116/2010. El artículo 5.1.g) del Reglamento de la LOPD dispone que se entenderá por "datos de carácter personal relacionados con la salud: las informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física o mental, de un individuo. En particular, se consideran datos relacionados con la salud de las personas los referidos a su porcentaje de discapacidad y a su información genética".

4. LA REFORMA DEL CÓDIGO PENAL

Ya lo comenté en anteriores comunicaciones que estábamos *de facto* ante una modificación en cubierta del art. 621 del Código Penal, de los juzgados de instrucción, que lejos de aplicar al art. 621 C.P., previo Auto de Archivo por intervención mínima penal, trasladan al ámbito de la jurisdicción civil la problemática, vía título judicial del Auto de Cuantía Máxima, de los accidentes de tráfico. Como la que realmente existió al despenalizar, mediante la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, los casos de daños materiales por imprudencia leve, obligando a que las compañías de seguro instaurasen el sistema de tramitación amistosa. Además de una desprotección a la víctima, estamos ante una desprotección del supuesto responsable civil, incluida la aseguradora, a quien se le están achancado responsabilidades civiles, con el paraguas que supone el seguro de responsabilidad civil obligatorio de circulación de vehículos a motor.

La reforma del Código Penal con la derogación del art. 621 C.P. lo que se pretende es vincular el accidente de tráfico a simple cuestión económica del ámbito civil, olvidándose de la responsabilidad civil, el Auto de Cuantía Máxima, por los motivos tasados de oposición, no sitúan en igualdad de legítimo derecho de defensa a las partes implicadas.

Por ello la importancia por un lado de la modificación del Auto de Cuantía Máxima y la introducción del procedimiento previo de reclamación antes mencionado.

Se modifica el artículo 13, que queda redactado del siguiente modo:

Artículo 13. Diligencias en el proceso penal preparatorias de la ejecución.

Cuando en un proceso penal, incoado por hecho cubierto por el seguro de responsabilidad civil de suscripción obligatoria en la circulación de vehículos de motor, recayera sentencia absolutoria, si el perjudicado no hubiera renunciado a la acción civil ni la hubiera reservado para ejercitarla separadamente, el juez o tribunal que hubiera conocido de la causa dictará auto, a instancia de parte, en el que se determinará la cantidad líquida máxima que puede reclamarse como indemnización de los daños y perjuicios sufridos por cada perjudicado, amparados por dicho seguro de suscripción obligatoria y según la valoración que corresponda con arreglo al sistema de valoración del Anexo de esta Ley.

Se procederá de la misma forma en los casos de fallecimiento en accidente de circulación y se dictará auto que determine la cantidad máxima a reclamar por cada perjudicado, a solicitud de éste, cuando recaiga resolución que ponga fin, provisional o definitivamente, al proceso penal incoado, sin declaración de responsabilidad.

El auto referido se dictará a la vista de la oferta motivada o de la respuesta motivada del asegurador o del Consorcio de Compensación de Seguros y contendrá la descripción del hecho, la indicación de las personas y vehículos que intervinieron y de los aseguradores de cada uno de éstos.

En todo caso, antes de dictarse el auto, si en las actuaciones no consta oferta motivada o respuesta motivada según las prescripciones de esta Ley, el juez convocará a los perjudicados y posibles responsables y sus aseguradores, incluido en su caso, el Consorcio de Compensación de Seguros, a una comparecencia en el plazo de cinco días, a fin de que pueda aportarse la oferta o la respuesta motivada, o hacerse las alegaciones que consideren convenientes.

Si en la comparecencia se produjera acuerdo entre las partes, el mismo será homologado por el juez con los efectos de una transacción judicial.

De no alcanzarse el acuerdo, se dictará auto de cuantía máxima en el plazo de tres días desde la terminación de la comparecencia y contra el mismo no podrá interponerse recurso alguno. Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación. BOE Núm. 228 miércoles 23 de septiembre de 2015 Sec. I. Pág. 84473.

5. DERECHO COMPARADO. CÓMO SE ACTÚA PARA PONER A DISPOSICIÓN DE LA ASEGURADORA EL LESIONADO PARA SER RECONOCIDO POR EL PERITO MÉDICO. IDEAS BÁSICAS DEL SEGURO DEL AUTOMÓVIL EN EL ESTADO DE NUEVA YORK Y RECLAMACIÓN POR ACCIDENTES DE TRÁFICO

Es necesario tomar distancia y ver otras perspectivas legales, eligiendo comparar someramente en el presente artículo, algunos aspectos de los sistemas legales estadounidense (Common law) y el sistema empleado en las jurisdicciones de la Europa Continental (Civil law).

Ideas básicas del Seguro del Automóvil en el Estado de Nueva York y reclamación por accidentes de tráfico

A) Generalidades

A los efectos de la responsabilidad civil, podemos dividir en dos partes, la responsabilidad civil por lesiones corporales y la responsabilidad civil por daños a la propiedad.

La responsabilidad por lesiones corporales en el Estado de Nueva York, la consideramos en lesiones corporales, gastos médicos, pérdidas de ingresos y dolor y sufrimiento.

Con la ley de No-Fault del Estado de Nueva York hablaremos de gastos médicos y pérdidas de ingresos.

B) La ley de No-Fault del Estado de Nueva York

La ley de No-Fault del Estado de Nueva York requiere que cada vehículo motorizado cuente con una cobertura contra daños personales para que las personas que han resultado lesionadas en un accidente puedan obtener compensación independientemente de quién causó el accidente o sobre quién recae la responsabilidad. Este seguro No-Fault proporciona el reembolso de una parte de sus pérdidas financieras, incluyendo gastos médicos, pérdida de ganancias y otros gastos razonables tales como medicamentos, viáticos y ayuda doméstica.

La compañía de seguros No-Fault tiene derecho a elegir un médico para examinarlo y evaluar sus lesiones. Las compañías de seguros rechazan las facturas médicas de una serie de motivos, el más frecuente de los cuales son que el tratamiento fue por un problema no relacionado con el accidente o que el tratamiento es innecesario. Como base para la exención de responsabilidad, las compañías de seguros se basan en registros de exámenes y de exámenes médicos independientes, (Independent Medical Examinations, IME).

Respecto a la práctica de los IMES, simple exploración o práctica de pruebas médicas, la cuestión también es controvertida. En el caso *Rosario v Bldgs BNS, LLC* 2009 NY Slip Op 08801 (2d Dept. 2009), que tratan tangencialmente esta cuestión en el contexto de una acción de terceros: "Dadas las circunstancias, en donde, entre otras cosas, el demandante establece que la prueba médica propuesta era potencialmente peligrosa [*cf. v Lefkowitz del Condado de Nassau Med. Ctr.*, 94 AD2d 18, 21], la Corte Suprema de Justicia negó correctamente la reclamación de los acusados "movimiento que iba a obligarla a someterse a la prueba propuesta (*véase v Kotwal Santero*, 4 AD3d 464, 465; *Bobka v Mann*, 308 AD2d 497, 498, *Marino Peña V*, 211 AD2d 668, 668-669)". Igualmente la litigiosidad está en demostrar si se enviaron o no las cartas para la realización del IME y todo el formalismo para su realización.

Otra condición es un "EUO", o el examen bajo juramento. Si su compañía de seguros pide esto, el lesionado debe ir y debe contestar las preguntas del abogado de la compañía de seguros bajo juramento con un taquígrafo de tribunal anotando su testimo-

nio. El testimonio en este examen también puede ser utilizado en contra de su caso si es inconsistente.

C) Dolor físico y sufrimiento

Sin embargo, la ley de No-Fault no permite a un conductor o pasajero recibir una compensación por daños no económicos, como dolor físico y sufrimiento. Además de presentar una reclamación por el beneficio No-Fault, los conductores y pasajeros del Estado de Nueva York que sufran lesiones graves como resultado de un accidente vehicular podrán presentar una demanda por daños tanto económicos como no económicos, como dolor y sufrimiento. Hay que acreditar la negligencia, que es el descuido, no hacer algo que una persona razonable haría en circunstancias normales o realizar una acción que una persona razonable no realizaría en casos similares.

De acuerdo con las leyes del Estado de Nueva York, una lesión grave "serious injury" Ley del Seguro de New York art, 5102, puede ser cualquiera de las siguientes:

- Muerte.
- Desmembramiento, pérdida de uno o más miembros.
- Desfiguramiento o cicatrices importantes: la lesión debe ser lo bastante significativa para hacer que una persona razonable considere el resultado como "poco atractivo, objetable o causa de burla o lástima".
- Fracturas óseas.
- Pérdida del embarazo.
- Limitación importante del uso de una función o sistema corporal.
- Limitación consecencial permanente del uso de un órgano del cuerpo o alguno de sus miembros; el uso del órgano o miembro causa dolor crónico o persistente que tiene un efecto limitante permanente.
- La pérdida del uso de un órgano del cuerpo, un miembro, función o sistema: la lesión debe hacer que el órgano, miembro, función o sistema dejen de funcionar o funcionen con una capacidad limitada o sólo lo hagan causando dolor.

- La regla “90 de 180 días” se refiere a una lesión de naturaleza no permanente que evita que la víctima lleve a cabo sus actividades diarias durante por lo menos 90 de los 180 días después del accidente.

En las cinco primeras secciones del “daño grave” la definición es mucho más fácil de definir y probar. Sin embargo, la litigiosidad surge para determinar si una lesión ha causado una “limitación significativa de una función del cuerpo o del sistema”, y si una lesión se ha traducido en una “limitación permanente resultantes de la utilización de un órgano o miembro”.

Es una cuestión de prueba, por ejemplo en *Cheour v Pete&Salas Harborview Transp, Inc.* 2010 NY Slip Op 06614 (2d Dept. 2010). Mientras que el Dr. Farkas afirmó que el demandante presenta “una exageración extrema de los síntomas” y que su rango de movimiento reducido no eran “verdaderos hallazgos patológicos”, y eran exagerados en lugar de las quejas subjetivas, que no pudo explicar o justificar las conclusiones con ninguna evidencia médica objetiva: “un experto debe explicar o fundamentar una afirmación de que un examinado está mintiendo, de lo contrario *no hay datos*”.

Sólo una de sus lesiones debe satisfacer alguno de los requisitos antes mencionados para poder establecer una demanda por lesiones personales en caso de un accidente automovilístico o relacionado con cualquier otro vehículo de motor. Pero hay que tener en cuenta que los abogados, deben determinar antes de iniciar el juicio, si la ley que se aplica en Nueva York, reconoce o no, una base de responsabilidad contra el demandado (técnicamente conocida como “causa”). Antes de iniciar cualquier demanda en un Tribunal, el abogado debe identificar la causa, que justifique y permita el inicio del juicio. Todos los abogados de Nueva York deben, por ley, firmar personalmente toda la documentación a presentar al Tribunal en cualquier controversia. Dicha firma certifica que el abogado ha examinado los hechos y la ley o leyes aplicables. Se deben reunir tres condiciones para que el abogado proceda con dicha certificación: (1) que haya mérito legal en todo alegato, (2) que todos los hechos materiales sean verídicos y (3) que la documentación presentada no sea con la intención de prolongar innecesariamente el juicio u hostigar o dañar maliciosamente a la otra parte.

En Queens, Brooklyn, Long Island and Staten Island, los juicios son cortados en la mitad, (esto es llamado un juicio bifurcado). La primera mitad del juicio trata justo con el asunto de culpabilidad y es llamada la fase de obligación (liability). Las heridas normalmente no se permiten ser mencionadas al jurado durante la fase de obligación. Si el acusado es encontrado completa o parcialmente negligente, el caso entonces continuaría en la fase de daños (damages), generalmente con el mismo jurado, comenzando muy poco después el juicio de culpabilidad. En Manhattan y el Bronx, los

juicios son “unificados”, lo que significa que toda evidencia de culpabilidad y de daños se presenta al jurado una sola vez y entonces el jurado deliberará una sola vez, contestando a las preguntas de culpabilidad y a las preguntas de daños en la misma hoja del veredicto.

6. EL INTERESANTE Y MAS QUE EXTRAPOLABLE A NUESTRO ORDENAMIENTO JURIDICO DEL EXAMINATION UNDER OATH, O LO QUE ES LO MISMO, PONER EL LESIONADO A DISPOSICIÓN DE LA ASEGURADORA PARA LA VALORACIÓN DE SU DAÑO CORPORAL

Por lo indicado en nuestra reforma, podemos interpretar que es poner el lesionado a disposición de la aseguradora para la valoración de su daño corporal.

“...2. En el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado, tanto si se trata de daños personales como en los bienes, el asegurador deberá presentar una oferta motivada de indemnización si entendiera acreditada la responsabilidad y cuantificado el daño, que cumpla los requisitos del apartado 3 de este artículo. En caso contrario, o si la reclamación hubiera sido rechazada, dará una respuesta motivada que cumpla los requisitos del apartado 4 de este artículo”.

A estos efectos, el asegurador, a su cargo, podrá solicitar previamente los informes periciales privados que considere pertinentes, que deberá efectuar por servicios propios o concertados, si considera que la documentación aportada por el lesionado es insuficiente para la cuantificación del daño.

6. Reglamentariamente podrá precisarse el contenido de la oferta motivada y de la respuesta motivada, así como las cuestiones relativas al procedimiento de solicitud, emisión, plazo y remisión de entrega del informe emitido por el Instituto de Medicina Legal correspondiente. Igualmente, dicha normativa garantizará la especialización de los Médicos Forenses en la valoración del daño corporal a través de las actividades formativas pertinentes.

El examen bajo juramento (EUO) comenzó a aparecer en los litigios de accidentes de auto hace poco tiempo. Ahora se ven regularmente las demandas de EUO en las solicitudes de protección contra lesiones personales (Personal Injuri Protection -PIP). La mayoría de las cláusulas EUO se limitan a dar a la compañía el derecho de examinar al asegurado. El examen bajo juramento, fue impuesto por una disposición en la norma Hovrud, para salvar un vacío judicial originado por las leyes creadas por perjurio

en el *Estado contra Hovrud*, 60 Wn. App. Aplicación. 573, 805 P.2d 250 (1991). 573, 805 P.2d 250 (1991). Si una póliza tiene una cláusula de EUO, simplemente dice que el asegurado debe someterse a un examen bajo juramento, tan a menudo como la compañía razonablemente solicite.

La única limitación a la exigencia de que los asegurados cooperen con la investigación de la aseguradora es que las solicitudes de información de la aseguradora deben ser relevante para las circunstancias que dieron lugar a la responsabilidad. *Pilgrim contra State Farm Fire & Cas. Ins. Complementos. Co.*, 89 Wn. Co., 89 Wn. App. Aplicación. 712, 950 P.2d 479, 483 (1997). 712, 950 P. 2d 479, 483 (1997). *Fine v. Bellefonte Underwriters Ins.* La información es material cuando "se refiere a un tema relevante y pertinente a la investigación de la aseguradora" que hizo la investigación. *Bellas v Bellefonte Ins Aseguradores. Co.* 725 F.2d 179, 183 (2d Cir. 1984). *Co.*, 725 F. 2d 179, 183 (2d Cir. 1984).

El New York Codes, Rules and Regulations (NYCRR) Nueva York, códigos, normas y regulaciones (NYCRR) contienen principalmente normas de las agencias estatales y los reglamentos adoptados en virtud de la Ley de Procedimiento Administrativo del Estado (SAPA).

La 11 NYCRR 65-3.5 (c) establece que "El asegurador tiene derecho a recibir todos los elementos necesarios para comprobar la reclamación directamente de las partes de las que se solicitó dicha verificación". Las regulaciones de seguros vigentes prevén la programación de un EUO como verificación adicional si tal solicitud es razonablemente necesaria, ver 11 NYCRR 65 a 1.1 (b), y las solicitudes de examen no se limitan únicamente a la parte perjudicada, también puede incluir a los proveedores. See *Unitrin Advantage Ins. Ver Seg Unitrin Advantage. Co. v. Carothers*, 17 Misc.3d 1121(A), (Sup. Ct. NY Co., 2007); *VS Medical PC v. State Farm Ins. Co. v Carothers*, 17 Misc.3d 1121 (A), (Sup. Ct NY Co., 2007.); *VS Medical PC contra el Estado Ins Granja. Co.*, Index No. 26604/2002 (Sup Ct, Queens Co, 2003) (J. Taylor) (insurer established good cause to demand EUO in regards of legal structure of medical provider). *Co.*, Index No. 26604/2002 (Sup. Ct, Queens Co, 2003) (J. Taylor): el asegurador estable una buena causa para exigir EUO respecto de la estructura jurídica del proveedor de servicios médicos.

11 NYCRR 65-3.5 e) Procedimiento de reclamo de los mandatos:

Todos los exámenes bajo juramento y los exámenes médicos solicitados por la compañía de seguros se llevarán a cabo en un lugar y hora razonables y convenientes para el solicitante. La aseguradora deberá informar al solicitante en que momento está previsto el examen y el solicitante recibirá un reembolso por cualquier pérdida de ganancias y gastos razonables de transporte incurridos en el cumplimiento de la solicitud.

“El propósito de la EUO es verificar la reclamación o un determinado aspecto de la reclamación. La carga de la prueba recae sobre el demandado para establecer, (1) que ha actuado con diligencia en la búsqueda de establecer una cooperación [del demandante]; (2) que los esfuerzos empleados por [el acusado] se calcularon razonablemente para obtener [del demandante] la cooperación y (3) que la actitud de [el demandante] después de que se busacara su cooperación, era deliberada y declarada una obstrucción.” *“Physician’s Reciprocal Insurers v Keller, 243 AD2d 547, 547-548 (2d Dept., 1997). Médico Recíproca Aseguradoras v Keller, 243 AD2d 547, 547-548 (2d Dept., 1997).*

Por lo tanto, el derecho a un EUO se yuxtapone con el 11 NYCRR § 65-3.2.

- *Principios de la reclamación práctica a seguir por todos los aseguradores:*
 - (A) Tener como objetivo básico, el pago puntual y justo a todas las víctimas de accidentes de automóvil.
 - (B) Prestar asistencia al solicitante en la tramitación de una reclamación. No tratar al demandante como un adversario.
 - (C) No exigir la verificación de los hechos a menos que haya buenas razones para hacerlo.
 - (D) Cuando la verificación de los hechos es necesaria, debe hacerse lo más rápidamente posible.
 - (E) Es evidente que informará al solicitante de la posición de la aseguradora respecto a cualquier asunto en disputa.

7. BIOMECÁNICA DEL IMPACTO COMO MEDIO DE PRUEBA USANDO UN SÍMIL FUTBOLÍSTICO: ESPAÑA LIGA JUVENIL FRENTE A LA LIGA AMERICANA DE LAS ESTRELLAS EN BIOMECÁNICA

A pesar de ser denostada por los médicos forenses y magistrados ponentes en otros foros, ahora veremos como en sus informes van a tener que entrar en esta cuestión científica.

Hay jurisprudencia menor que acepta la tesis de la defensa del nexo causal en la oposición al ejecutivo:

- Juzgado de Primera Instancia N° 2 Las Palmas de Gran Canaria. Procedimiento de Ejecución de título judicial singular N° 0000324/2013 No principal: Pieza de oposición a la ejecución – 01” Resulta evidente que debido al carácter leve no se han transmitido fuerzas de alguna magnitud al interior del habitáculo de ambos coches implicados. Debe por tanto estimarse que las lesiones por las que se reclama no tienen su origen en el siniestro analizado en los presentes autos, se debe por tanto estimar el motivo de oposición alegado por la parte ejecutada considerando plenamente acreditado que no existe nexo causal entre el siniestro y las lesiones de las ejecutantes”.
- Juzgado de Primera Instancia N° 4 Telde. Procedimiento de Ejecución de título judicial singular N°: 0000012/2015 No principal: Pieza de oposición a la ejecución – 01 siete de mayo de 2015. “Pues bien, de la prueba practicada resulta acreditada la ausencia de nexo causal. Y es que tal y como se desprende del informe elaborado por don Jesús, quien inspeccionó ambos vehículos, el vehículo del ejecutante presentaba como único daño, un ligero roce de pintura en el paragolpes trasero, sin estar roto, deformado o fuera de sus anclajes. Y por su parte, el vehículo de don Carlos presentaba un pequeño daño en su parte frontal junto a la placa de matrícula, sin rotura ni deformación del paragolpes delantero, sin daños en los faros ni existencia de daños internos. De la realidad objetiva de los daños que presentaban ambos vehículos se desprende la levedad del impacto, entendiendo que no hay nexo causal entre el mismo y la indemnización”.

La biomecánica aplicada a las lesiones, es la ciencia que estudia las fuerzas mecánicas que se refieren a la alteración de las regiones anatómicas del cuerpo humano. Distintas aplicaciones tienen dichos estudios técnicos, bien para determinar las lesiones severas y probabilidad de muerte, distintos factores de riesgo simples o sofisticados que se usan para determinar las probabilidades de lesiones, así como lo denominados criterios o límites tolerables para la lesión en cabeza y cuello.

El punto angular de la ciencia forense biomecánica es determinar la causa de la lesión. En el ámbito de los accidentes de tráfico, el nexo causal, es la llave para determinar de quien es la responsabilidad.

La ciencia forense biomecánica hay que entenderla partiendo, por un lado del término forense que describe la aplicación de los conocimientos científicos a problemas legales. Y por otro, de la definición de lesión como un daño en la estructura anatómica y biomecánica, con aplicación de conceptos de ingeniería mecánica y médica en el cuerpo humano. Con ello se puede sostener en juicio si un determinado evento. Efecto, puede causar o no una o más lesiones.

La opinión del experto en un procedimiento judicial, viene entre otras indicada en la Norma Federal de Pruebas 702, que indica "Si los conocimientos científicos o técnicos u otros conocimientos especializados ayudaran al verificador de los hechos para entender la evidencia o para determinar el hecho en cuestión, un testigo calificado como un experto, por los conocimientos, habilidades, experiencia, formación o educación podrá declarar al respecto en forma de opinión o de otra manera".

La histórica decisión de la Corte *Daubert v. Merrell Pharmaceuticals, Inc.*, identifica cuatro factores necesarios para satisfacer el requisito de conocimientos especializados requeridos en la Norma Federal 702, que incluye: a) Si la metodología utilizada por el experto puede ser y ha sido probada; b) Si la teoría y la metodología ha sido objeto de revisión por otros expertos y publicación; c) Si hay un conocido índice de error para el método que se usará para el caso y d) Si la metodología es aceptada dentro de una comunidad científica correspondiente. Esta doctrina multifactorial la han adoptado varios estados y en New York se denomina "a FRYE state".

De no ser así el testimonio del experto puede ser excluido del juicio con importantes consecuencias para el caso y la reputación del experto.

La aplicación de la biomecánica a los accidentes de tráfico, puede estimarse en tres pasos. El primero, la reconstrucción del accidente, donde usualmente se estudian los parámetros de cambio de velocidad, conocido como DELTA -V, en relación a los históricos tiempos de aceleración de los ocupantes del vehículo. En segundo lugar, el análisis dinámico de los ocupantes, consistentes en modelos cinemáticos del ocupante junto con la carga inducida al ocupante cuando está sujetado a la aceleración medida en el DELTA-V (las que normalmente vemos en reconstrucciones en 3 dimensiones o simulación dinámica). Y finalmente, el análisis biomecánico de la lesión, que consiste en comparar los resultados de cada ocupante con los umbrales de lesión determinados experimentalmente.

Así por ejemplo, los estudios mayormente reconocidos, establecen que el umbral para poder causar una lesión de latigazo cervical, síndrome del latigazo o *whiplash*, la velocidad DELTA-V es 8 km/h. según estudios publicados en la Biodynamic Research Corporation. Por ello, como indicábamos antes, la importancia o no de tener en cuenta el testimonio de un experto, es causa de muchas mociones ante el tribunal para conseguir o no que declare dicho testigo o que sea considerado como prueba.

En el caso *Gaona-Garcia v Gould 2011 NY Slip Op 51028 (U) "31 Misc 3d 1237[A]"*, la moción *in limine* por el demandante para impedir el testimonio del experto en reconstrucción de accidentes del acusado Funk y del experto ingeniero biomecánico Harding fue

denegada. La discusión central del caso era si la fuerza generada en el impacto entre los dos vehículos era suficiente para causar las lesiones reclamadas por el demandante. Los dos expertos de la defensa, tenían la expectativa de declarar en el juicio en dos áreas de conocimiento. Citando la doctrina Frye concluye que ambas disciplinas de los citados expertos así como su testimonio están reconocidos y generalmente aceptados por la comunidad científica y que los artículos publicados por dichos expertos fundamentaban sus estudios sobre la materia. La defensa demostró la calificación como expertos en biomecánica y causas de lesiones. Por lo que el testimonio de Dr. Funk ingeniero y Dr. Harding médico, se admitieron en el juicio para la consideración del jurado.

En otros casos, no se admite el testimonio, al no acreditar que el experto reúne los requisitos de la doctrina Frye. Así en *Garner v Baird (20120 NY Slip Op 51004 (U) "27 Misc 3d 1231 (A)"*, el Doctor Fijan no era médico y falló en acreditar estudios que fundamentaran sus conclusiones sobre las concretas lesiones del pasajero. Su testimonio estaba basado en metodologías poco fiables y carentes de fundamento suficiente.

Ya indicamos, las causas tasadas por las que se pueden reclamar lesiones, indicadas en la Ley del Seguro de New York (Insurance Law)artículo 5102 (serious injury) lesiones graves y en concreto el apartado "Determinado médicamente perjuicio o menoscabo de una naturaleza permanente que impide que la persona lesionada realice sustancialmente todos los actos materiales habituales de las actividades diarias de no menos de 90 días durante los 180 días inmediatamente siguientes a la ocurrencia de la lesión o daño".

Esta es una cuestión de gran litigiosidad y en la que los informes de expertos son ampliamente utilizados. En el caso *Abraham V Dynamite Floors.Inc Supreme Court State of New York Comunty of Nassau 15, noviembre 2010 ref. 600327/09*, la demanda fue desestimada, por cuanto incumbe al demandante aportar suficientes evidencias objetivas médicas de dicho impedimento.

Muchas mociones de los demandantes fallan porque su presentación de la teoría de la causa de la lesión, que no estaba generalmente aceptada por la comunidad científica, requisito indicado en la doctrina Frye (*Frye v United States, 293 F 1013 – "1923"*); *People v Wesley, 83 NY2d 417 "1994"*), o como en otras ocasiones, en apelación, sin embargo, el demandante invita a considerar al Tribunal que la afirmación de que el veredicto del jurado sobre la cuestión del perjuicio grave, si la lesión cervical suponía una limitación del art. 5102, era contraria al peso de la evidencia (los testimonios médicos desplegados en el juicio) y un nuevo juicio se celebre sobre esa cuestión. Apelación ganada por ejemplo en el caso *Jun Suk Seo v Walsh, Supreme Court of the Satate of New*

York Aspellate Divicion Second Judicial Departament, 21 diciembre 2010 en el cual con los testimonios médicos, el veredicto del jurado no podría haber sido alcanzado sobre cualquier interpretación justa de las pruebas, por lo que se acordó un nuevo juicio sobre dicho aspecto si causaba limitación del art. 5102.

En definitiva, debe considerarse como una prueba más el testimonio de los expertos en biomecánica del impacto, sean ingenieros o médicos, que reuniendo los requisitos de la doctrina Frye en sus testimonios, en cada caso, indicaran los criterios necesarios para apoyar una opinión sobre el nexo causal de la-lesión.

8. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES DE DERECHO COMPARADO

Dejando a un lado la legislación de seguros, que es totalmente dispar, observamos la coincidencia en la búsqueda, más o menos regulada, tanto en la existencia del accidente como en las consecuencias del mismo.

En esta ola de nexo causal que se ha instaurado en las reclamaciones en España, vemos coincidencias con la utilización a ambos lados del Atlántico del uso de la biomecánica del impacto como medio de prueba en los accidentes de tráfico. Medio de prueba que debe ser respetado por nuestros tribunales como una prueba más en la necesaria acreditación del nexo causal y que expuesta en los tribunales, por peritos de reconocida solvencia y, aquí podemos trasladar el rigor de la doctrina multifactorial que en New York se denomina "a FRYE state", contribuyen a dar cumplimiento al art. 335 LE.C. del objeto y finalidad del dictamen de peritos.

No vamos a usar el famoso *no crash no cash*, referido en la Columbia británica canadiense, por cuanto no se puede generalizar, sino que lo que buscamos es una seguridad jurídica, que actualmente el marco legal civil y penal, deja en indefensión a las partes.

En la reforma del Baremo se habla del estudio de biomecánica del impacto en el Artículo 135. *Indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral.*

1. Los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica siguientes:

a) De exclusión, que consiste en que no medie otra causa que justifique totalmente la patología.

b) Cronológico, que consiste en que la sintomatología aparezca en tiempo médicamente explicable. En particular, tiene especial relevancia a efectos de este criterio que se hayan manifestado los síntomas dentro de las setenta y dos horas posteriores al accidente o que el lesionado haya sido objeto de atención médica en este plazo.

c) Topográfico, que consiste en que haya una relación entre la zona corporal afectada por el accidente y la lesión sufrida, salvo que una explicación patogénica justifique lo contrario.

d) De intensidad, que consiste en la adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.

2. La secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal.

3. Los criterios previstos en los apartados anteriores se aplicarán a los demás traumatismos menores de la columna vertebral referidos en el baremo médico de secuelas.

Falta una regulación y modificación de la Ley de Contrato de Seguro y de la Ley de Enjuiciamiento Civil estableciendo una específica regulación de la cualificación pericial en biomecánica del impacto por accidentes de tráfico, lo que contribuiría a la seguridad jurídica del lesionado y del responsable civil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- *La biomecánica del impacto: una herramienta para la medicina legal y forense en la investigación del accidente de tráfico*. Autores Carlos Arregui-Dalmases, Rafael Teijeira; M.Carmen Rebollo-Soria, Jason R.Kerrigan y Jeff R. Crandall. *Revista Española de Medicina Legal*.
- <http://www.verdictsearch.com/index.jsp>.
- *New York Law Journal* www.newyorklawjournal.com.
- Página oficial *New York State Unified Court System* <http://www.courts.state.ny.us/> y <http://www.nycourts.gov/>.
- De la Arthur W.Diamond Law Library at Columbia Law School.
- *Engineering Evidence*. Autores Max Schwartz y Neil Forrest Schwart.
- *Expert in civil cases: an inside view*. Aitor Fred Prichard Editorial New York LFB Scholarly Pub 2005.
- *An Engineer in the Courtroom*. Autor William J. Lux. Edita Society of Automotive Engineers Inc. 1995.
- *Whiplash and other useful illness*. Autor Andrew Malleson. Edita McGill-Queen´s University Press.
- *Accidentally, on purpose*. Autor Ken Dornstein. Edita St. Martin´s Press New York 1996.
- *Tort and Accident Law:cases and materials*. Autores Robert. E. Keeton, Gregory C. Keating, Lewis D. Sargentich. Edita ThomsonWest 2004.
- The Motor Vehicle Accident Indemnification Corporation (MVAIC) <http://www.mvaic.com/>.
- *New York Codes Rules and Regulations*.
- *New York Insurance Law*.

Jurisprudencia

- *Lesiones en accidente con escasos daños materiales*:
Audiencia Provincial de Murcia (Sección 2ª).Sentencia núm. 99/2000 de 17 julio JUR\2000\259652.
- *Inexistencia: frenazo brusco que no parece pueda causar lesiones a los ocupantes, por no desarrollarse la necesaria fuerza cinética*.

Audiencia Provincial de Murcia (Sección 5ª). Sentencia núm. 44/2003 de 7 marzo JUR\2003\197255.

- *Suficiencia de consignación. Determinación no imposición de intereses:*

Audiencia Provincial de Murcia (Sección 3ª). Sentencia núm. 257/2004 de 8 octubre JUR\2004\292072.

Audiencia Provincial de Madrid (Sección 4ª). Sentencia núm. 11/2005 de 14 enero JUR\2005\256021.

- *Sobre la cualificación del perito y la valoración del juez:*

Audiencia Provincial de Murcia (Sección 5ª). Sentencia núm. 171/2007 de 27 diciembre JUR\2008\208594.

- *Porcentaje de responsabilidades:*

Audiencia Provincial de Madrid (Sección 10ª). Sentencia núm. 271/2007 de 28 mayo JUR\2007\246984.

- *Juicio de faltas sentencia absolutoria, ejecución auto de cuantía máxima, se acuerda la suspensión de la tramitación de las actuaciones del proceso civil iniciado, presentación de querrela por la entidad aseguradora existencia de prueba: estafa, simulación de delito y presentación de testigo falso partes médicos de lesiones: no acreditan que las lesiones objetivadas ocurrieran de la forma como dicen los acusados:*

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). Sentencia núm. 59/2009 de 29 enero RJ\2009\817.

- *Presentar a sabiendas testigos falsos o peritos o intérpretes mendaces: existencia: presentación de testigos falsos para la confirmación de la existencia de un accidente de tráfico:*

Audiencia Provincial de Álava (Sección 2ª). Sentencia núm. 344/2007 de 12 noviembre JUR\2008\39932.

- *Informe Biomecánico inconcreto:*

Audiencia Provincial de Madrid (Sección 2ª). Sentencia núm. 399/2005 de 30 septiembre JUR\2006\151811.

10. SÍNDROME DE KLIPPEL FEIL UNA ANOMALÍA CONGÉNITA QUE PONE EN ENTREDICHO LA CERVICALGIA PERSISTENTE TRAS UN TRAUMATISMO MENOR DE COLUMNA CERVICAL

M.J. de Luis García
S. Marco Domenech

3º. Premio a la Mejor Comunicación

RESUMEN

Introducción

La cervicalgia persistente irradiada o no a hombros y miembros superiores es una secuela muy frecuente que refieren las personas que han sufrido un traumatismo menor de columna cervical. Normalmente la cervicalgia es temporal y limitada, por lo que desaparece tras el tratamiento habitual en pocas semanas o meses. Ante la persistencia de cervicalgia y la aparición de síntomas asociados a este tipo de lesiones como son las parestesias en miembros, es necesario completar el estudio practicando nuevas pruebas radiodiagnósticas para descartar lesiones que han pasado desapercibidas o patologías previas.

Material y método

Presentamos el caso de una mujer de 30 años que tras un traumatismo, consistente en una colisión frontal sin traumatismo craneoencefálico, refiere dolor en región cervical y parestesias en miembro superior derecho que persisten tras el tratamiento médico habitual en estos casos y rehabilitación. Para completar el estudio se le practican nuevas pruebas radiodiagnósticas que ponen de manifiesto un estado patológico previo raro, el Síndrome de Kipplel Feil.

Resultados

Las radiografías de columna cervical realizadas en proyecciones posteroanterior y lateral, radiografías dinámicas, resonancia magnética cervical y la realización de una electromiografía de miembro superior derecho, muestran una fusión congénita de pedículos C5-C6 con hipoplasia discal y fusión vertebral a nivel del muro posterior y elementos óseos posteriores sin otros hallazgos de interés, descartando lesiones agudas, hallazgos compatibles con el Síndrome de Klippel Feil, una anomalía congénita del grupo de las malformaciones de la charnela craneocervical.

Conclusiones

En muchos de los casos en que tras un traumatismo menor de la columna vertebral cronifican síntomas como la cervicalgia o aparecen parestesias, las pruebas radiodiagnósticas ponen de manifiesto patologías previas. Se discute la necesidad de la realización de alguna técnica de imagen complementaria en estos traumatismos, dada su importancia para establecer el diagnóstico de certeza y la predicción de la evolución de las lesiones, así como su trascendencia médico-legal.

Palabras clave: Traumatismos menores de la columna vertebral. Pruebas radiodiagnósticas. Resonancia magnética. Síndrome de Klippel-Feil. Dolor cervical crónico.

ABSTRACT

Introduction

Persistent neck pain radiated or no to shoulders and upper limbs is a very common sequel which referred to persons who have suffered one minor cervical spine trauma. Neck pain is usually temporary and limited, so it disappears after treatment as usual in a few weeks or months. Persistence of neck pain and symptoms associated with this type of injury such as paresthesias in members, it is necessary to complete the study practicing new radiodiagnostic tests to rule out lesions that have gone unnoticed or prior pathologies.

Material and methods

We present the case of a 30-year-old woman referring after trauma, consisting of a front collision without trauma, cervical region pain and paresthesias in right upper limb that persist after the usual medical treatment in these cases and rehabilitation. To complete the study are performed new tests radiodiagnosticas that reveal a rare prior pathological condition, the Kipplel Feil syndrome.

Results

Cervical spine radiographs made in projections posteroanterior and lateral, dynamic x-rays, cervical magnetic resonance and the realization of electromyography of right upper limb, show a congenital fusion of C5-C6 pedicles with disc hypoplasia and spinal fusion at the level of the rear wall and bony elements without other findings of interest, ruling out acute lesions, findings consistent with Kipplel Feil syndrome , a group of malformations of the craniocervical hinge a congenital anomaly.

Conclusions

In many of the cases in which after one minor trauma of the spine, chronic symptoms such as neck pain or appear paresthesias, radiodiagnosticas tests underscore previous pathologies. Discussed the need for the realization of any technique complementary image in these injuries, given its importance to establish certainty diagnosis and prediction of the evolution of the lesions, as well as its medicolegal significance.

Keywords: Minor spinal injuries. Testing radiodiagnosticas. Magnetic resonance. Klippel-Feil syndrome. Chronic neck pain.

1. INTRODUCCIÓN

Los traumatismos menores de la columna vertebral se pueden definir como aquellos traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias.

Estos traumatismos han incrementado su incidencia en los últimos años. Se producen en la mayoría de casos en colisiones por alcance de tráfico y asocian clínica de dolor

e impotencia funcional del cuello y en muchas ocasiones las pruebas de radiodiagnóstico practicadas muestran hallazgos patológicos que si bien no permiten establecer una correlación clínico-radiológica y funcional de la patología producida, si que muestran lesiones que justificarían la aparición de la clínica actual o la aparición de sintomatología como manifestación de su estado patológico anterior que había permanecido silente hasta el momento de padecer el accidente.

Muchos lesionados que han sufrido un accidente de tráfico, sobre todo un alcance posterior, refieren en el momento del accidente o pocos días después de este, dolores en diferentes segmentos raquídeos además del cervical y en numerosas ocasiones dolor e impotencia funcional en la cintura escapulo-humeral que antes refieren que no tenían. Son las denominadas enfermedades asociadas al latigazo cervical o *whiplash associated disorders* (WAD).

La cervicalgia, en las colisiones por alcance, es el síntoma más común, ocurre en el 62-100% de los casos y puede estar irradiada a la región occipital, hombros o región interescapular. Las parestesias tanto en miembros superiores como inferiores también son muy frecuentes.

Hoy en día las técnicas de neuroimagen permiten ver las lesiones anatómicas y funcionales producidas en el accidente, comprender los mecanismos de producción de estas lesiones, establecer una correlación clínico-radiológica y funcional de la patología producida, clasificar todas las lesiones, predecir su evolución y establecer pautas terapéuticas adecuadas. Pero además permiten determinar si una lesión es reciente o por el contrario pertenece al estado anterior.

Los estudios radiológicos generalmente serán normales o pueden mostrar una pérdida de la lordosis cervical fisiológica, a la que no debemos dar demasiado valor, ya que está presente en muchos sujetos asintomáticos. En numerosas ocasiones pueden mostrar una espondiloartrosis cervical, cuya aparición es muy frecuente en la población asintomática. Es indispensable realizar estudios dinámicos de flexión y extensión ante la sospecha de inestabilidad cervical.

En ocasiones estará indicada la realización de una tomografía cervical (TC) o de una Resonancia Magnética (RM) para poder detectar lesiones localizadas en partes blandas, ligamentosas o medulares y visualizar mejor las estructuras óseas. Antes de considerar que las alteraciones encontradas en los estudios radiológicos son debidas al accidente, deberemos comprobar la existencia de una correlación clínicorradiológica.

Únicamente estará indicado practicar una EMG en los casos en que haya clínica de radiculopatía, debiéndose realizar en las primeras dos semanas. La prevalencia de signos patológicos en el EMG es del 8,6% al 15% en sujetos sanos. Sin embargo los pacientes con lesiones asociadas al latigazo cervical pueden distinguirse de sujetos sanos mediante la realización de una EMG de superficie del músculo trapecio, sobre todo en la fase crónica (más de 6 meses) demostrando un descenso de la capacidad de relajación del trapecio, considerándose este hallazgo una prueba objetiva en lesiones por latigazo cervical.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se describe el caso de una mujer de 30 años, de profesión dependiente y con antecedentes médicos conocidos de migrañas, que tras un accidente de tráfico, consistente en una colisión frontal sin traumatismo craneoencefálico, refiere a su llegada al servicio de urgencias, dolor en región cervical, parestesias en partes distales de miembro superior derecho y pérdida de fuerza. En la exploración física realizada en el servicio de urgencias hospitalarias se evidenció dolor a nivel de la musculatura paravertebral cervical y en apófisis espinosas C4, C5 y C6, con resto de raquis normal, sensación de hormigueo en mano y antebrazo derecho con sensibilidad conservada, sin apreciar limitación funcional ni deformidad. Se le realizan radiografías de columna cervical en proyecciones posteroanterior y lateral informándose como rectificación cervical sin otro hallazgo patológico. Es diagnosticada de esguince cervical grado I con irradiación al miembro superior derecho.



Figura 1. Radiografía lateral realizada en urgencias que fue informada como rectificación cervical



Figura 2. Radiografía posteroanterior realizada en urgencias que fue informada como rectificación cervical

Tras la instauración del tratamiento habitual en estos casos, collarín cervical blando, fármacos antiinflamatorios, y relajantes musculares y previo a la realización de rehabilitación con equipo Medx, ante la persistencia dolor cervical con irradiación a parte distal de miembro superior derecho, se le practicaron radiografías dinámicas de la columna cervical, y ante los hallazgos radiológicos se decide completar el estudio con la práctica de una resonancia magnética nuclear cervical y una electromiografía de miembro superior derecho diagnosticándole una fusión congénita de pedículos C5-C6 sin otros hallazgos de interés, hallazgos compatibles con el Síndrome de Kipplert Feil.

3. RESULTADOS

Los resultados de las pruebas complementarias realizadas se describen a continuación.

Las radiografías estáticas y dinámicas de columna cervical, detectaron una anomalía congénita de fusión vertebral C5-C6 con hipoplasia discal y fusión vertebral a nivel del muro posterior y elementos óseos posteriores. No se observan otras alteraciones significativas. Las exploraciones dinámicas no muestran signos radiológicos de inestabilidad. No se observan otras alteraciones significativas.



Figura 3. Radiografía en proyección lateral en la que se aprecia la fusión de pedículos en C5-C6.



Figura 4a. Radiografía dinámica en flexión.
Figura 4b. Radiografía dinámica en extensión.
En ambas se observa la fusión de pedículos en C5-C6

Estudio de RM de columna cervical con imágenes sagitales y transversales potenciadas en T1, T2, STIR y T2. Muestra una anomalía de la segmentación vertebral con fusión de cuerpos vertebrales C5-C6 a nivel posterior y una hipoplasia del disco intervertebral. El resto de los discos intervertebrales, cuerpos vertebrales, agujeros de conjunción y elementos óseos posteriores no presentan alteraciones morfológicas ni de intensidad de señal significativas. La médula no muestra cambios de intensidad de señal en su interior ni anomalías morfológicas. No se observan compromisos de espacio en el canal espinal. Ausencia de hallazgos agudos.



Figura 5. RM de columna cervical, imagen sagital. Muestra una anomalía de la segmentación vertebral con fusión de cuerpos vertebrales C5-C6 a nivel posterior y una hipoplasia del disco intervertebral

Las nuevas pruebas radiológicas realizadas ponen de manifiesto un estado patológico previo raro, el Síndrome de Kippel Feil, que no fue descrito en las radiografías practicadas el día del accidente y que consiste en una anomalía de la segmentación vertebral con fusión de cuerpos vertebrales C5-C6 a nivel posterior y una hipoplasia del disco intervertebral.

Estudio Electromiográfico (EMG) de Miembro Superior Derecho (MSD): conducciones sensitivas en nervio cubital derecho normales. Nervio mediano derecho con velocidad enlentecida a su paso por el túnel del carpo. Conducciones motoras de nervio mediano y cubital derechos normales. Estudio músculos deltoides, bíceps y tríceps derecho (musculatura dependiente de la raíz C5, C6 y C7 derecha) sin hallazgos patológicos. Conclusiones el estudio EMG de MSD es compatible con una mononeuropatía focal del

nervio mediano derecho a su paso por el túnel carpiano, de grado leve-moderado, no asociándose signos de radiculopatía cervical.

Se le prescribe tratamiento rehabilitador, consistente en equipo Medx (equipo de Potenciación Muscular Selectiva Medx) durante 30 días, desapareciendo la sintomatología, pero presentó una recaída al cabo de un mes de su incorporación al trabajo, refiriendo durante el reconocimiento médico-forense que tuvo lugar a los ocho meses del accidente, dolor cervical localizado sobre todo en región occipital, con irradiación a escápula derecha, parestesias e hinchazón de todos los dedos de la mano derecha y cefaleas con una frecuencia de cuatro episodios a la semana que ceden tras la ingesta de metamizol. A la exploración se evidenció contractura de la musculatura paravertebral cervical y ligera limitación del cuello a la lateralización hacia la derecha.

El MedX, en España fue introducido por Medical Exercise en el año 1993 de la mano del Dr. Rudolf Binder. Se caracteriza por actuar específicamente sobre los músculos aislados que se quieren rehabilitar, anulando otros grupos musculares que puedan interferir en este proceso. Más allá, permite medir y guardar la evolución histórica de cada paciente y comparar los resultados obtenidos con medias clasificadas por sexo, talla, edad y peso.

El tiempo de estabilización de las lesiones en el caso descrito fue de 63 días, que incluyeron 25 sesiones de rehabilitación, todos ellos considerados como días impeditivos para sus ocupaciones habituales, y quedando la secuela de algias postraumáticas cervicales sin compromiso radicular, en grado leve.

4. DISCUSIÓN

Los traumatismos leves de columna vertebral constituyen la lesión más frecuente en nuestro medio. Según algunos estudios el 40% de los traumatismos raquimedulares son secundarios a accidentes de tránsito, seguido de las caídas 20% y un 40% a heridas de bala, deportes, accidentes industriales y de agricultura. Aproximadamente 85% de los casos son hombres y el pico de incidencias está entre los 15 y los 28 años. El nivel más frecuente de trauma es la región cervical media baja (C5-C6).

La sintomatología que presenta el paciente, cervicalgia, cefalea, mareos, vértigos, parestesias en hombro, miembros superiores y/o espalda, así como los hallazgos clínicos son inespecíficos, palpación de contractura de la musculatura paracervical, puntos gatillo, etc.

En numerosas ocasiones al completar el tratamiento habitual en estos casos, el lesionado sigue refiriendo la persistencia de parte de la sintomatología inicial. Lo cual

tras la correspondiente reclamación judicial por las lesiones derivadas de accidentes de circulación, la valoración por el médico forense y la emisión del informe pericial de sanidad, en el que se describen las secuelas que presenta tras la estabilización de las lesiones, según el sistema vigente de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, la sintomatología subjetiva que refiere el lesionado, se traduce en una indemnización económica.

Bien es sabido, que antes de llegar a este punto, es necesario el estudio detallado de las circunstancias concretas de la colisión, que justifiquen las lesiones de la columna vertebral cervical existentes, es decir, que el accidente sea de entidad suficiente como para que tras la deformidad del vehículo, se transmita la energía a sus ocupantes, y que estos sufran un mecanismo de aceleración/desaceleración brusca de la cabeza con respecto al tronco, imprescindible para que se produzcan lesiones de las partes blandas del cuello y relacionar las circunstancias del accidente con la clínica y exploración del lesionado.

Para ello habrá que realizar una anamnesis del paciente exhaustiva, que incluya además de los síntomas actuales, el estado anterior patológico, ya que los traumatismos menores de columna cervical cursan con clínica común a patologías habituales y de presentación frecuente en la población, como es la cervicalgia de características mecánicas, la cefalea tensional, patología degenerativa cervical, síndrome miofascial, molestias de la articulación temporomandibular por maloclusión dental, mareos, vértigos de origen laberíntico etc.

Para hacer un diagnóstico adecuado, hay que realizar una exploración física completa y practicar cuantas pruebas complementarias consideremos pertinentes. Sería recomendable la realización al menos de una radiografía de columna cervical anteroposterior y lateral, ya que la radiografía simple es el método más rápido para valorar las lesiones vertebrales y en ocasiones los hallazgos que encontramos en ella evidencian un estado patológico previo, conocido o no, que ayudaría a la correcta interpretación de la sintomatología referida estableciendo el diagnóstico correcto en cada caso cuando haya una correlación clínica-radiológica.

Ante la persistencia de una cervicalgia o su cronicidad, es aconsejable practicar un estudio radiológico dinámico. En este caso se realizó encontrando una fusión de pedículos de C5-C6 se descartó la inestabilidad de la columna.

Si tras un traumatismo, se detecta una inestabilidad cervical, que podría indicar la presencia de una lesión ósea desapercibida en un primer diagnóstico, pero que también podría explicarse por la existencia de cambios degenerativos previos, estará indicada la realización de una Tomografía cervical (TC) o de una Resonancia Magnética (RM).

La RM es la prueba con mayor sensibilidad para el estudio de partes blandas, detectar lesiones ligamentosas, medulares y de raíces nerviosas y permite establecer un pronóstico de las lesiones medulares, si las hay. Pueden detectar lesiones agudas en las 3-4 semanas tras el traumatismo. Además contribuye a evidenciar mejor las lesiones óseas. El 19% (28% en pacientes de más de 40 años de edad) de la población asintomática presenta anomalías en la RM (hernias de disco, abombamientos discales, estenosis foraminales).

En este caso se detectó una fusión congénita de los pedículos (puente óseo que une la parte posterior con la parte lateral del cuerpo y con la apófisis transversa respectiva) de las vértebras C5-C6.

El síndrome de Klippel-Feil (SKF) es una enfermedad rara (frecuencia 1/40000), es una anomalía congénita del grupo de las denominadas malformaciones de la charnela craneocervical, que se caracteriza por la fusión de dos o más vértebras cervicales, pudiendo asociar también anomalías vertebrales a otros niveles y otras malformaciones en el sistema urinario, nervioso, cardiopulmonar y pérdida auditiva. La tríada clínica característica consiste en cuello corto, implantación baja del cabello en la región occipital y limitación de la movilidad cervical. Su etiología no es bien conocida.

La clínica está presente en menos del 50% de los pacientes siendo una causa excepcional de cervicalgia.

El SKF se clasifica en tres subtipos:

- Tipo I. Fusión congénita “masiva” de vértebras cervicales en un único bloque, que puede incluir también vértebras torácicas. Clínicamente se asocia con cervicalgia y restricción de la movilidad cervical.
- Tipo II. Fusión congénita de espacios intervertebrales (habitualmente uno o dos) no contiguos. Puede incluir una fusión occipitoatloidea y asociarse a otras anomalías vertebrales como por ejemplo hemivértebras.
- Tipo III. Fusión congénita de múltiples segmentos cervicales contiguos de vértebras cervicales y torácicas, o incluso lumbares. Los tipos II y III se asocian con mayor frecuencia a síntomas radiculares y mielopatía.

Si el paciente refiere sensación de adormecimiento, acorchamiento o parestesias en miembros superiores será útil practicar un estudio Electromiográfico (EMG) para detectar o descartar radiculopatías agudas o previas. El EMG practicado fue compatible con una mononeuropatía focal del nervio mediano derecho a su paso por el túnel carpiano,

de grado leve-moderado, no asociándose signos de radiculopatía cervical. Por lo tanto las parestesias que refería correspondían a un estado patológico anterior.

En el caso descrito se realizaron otras pruebas, que descartaron otras lesiones viscerales y óseas asociadas.

Algunos autores opinan que la cervicalgia es un síntoma temporal y limitado, que debe desaparecer tras el tratamiento farmacológico y rehabilitador habitual en estos casos, en 31 días de media y 40-60 días a lo sumo, si no hay una lesión objetivable que la produzca, por lo tanto la cervicalgia no debería considerarse una secuela, como así se refleja en el baremo de tráfico actual, algias postraumáticas sin o con compromiso radicular. Si transcurrido este período la cervicalgia persiste, es debido bien a una lesión que pasó desapercibida y no fue diagnosticada, bien a que corresponde a un estado patológico previo o a la agravación de este. Para valorar el compromiso radicular se debería tener en cuenta las maniobras que indican afectación radicular (MER, ROT, fuerza y sensibilidad).

En el artículo 135 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema de Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, que contiene el nuevo baremo de indemnizaciones por accidentes de tráfico, que entrará en vigor el 1 de enero de 2016 y será de aplicación para todos los accidentes de tráfico ocurridos a partir de esa fecha, se hace referencia a que los traumatismos menores de la columna cervical diagnosticados por la clínica subjetiva de dolor que manifiesta el lesionado y que no son susceptibles de comprobación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica siguientes:

- a) De exclusión. Consiste en que no medie otra causa que justifique totalmente la patología.
- b) Cronológico. Consiste en que la sintomatología aparezca en tiempo médicamente explicable. En particular, tiene especial relevancia a efectos de este criterio que se hayan manifestado los síntomas dentro de las setenta y dos horas posteriores al accidente o que el lesionado haya sido objeto de atención médica en este plazo.
- c) Topográfico. Consiste en que haya una relación entre la zona corporal afectada por el accidente y la lesión sufrida, salvo que una explicación patogénica justifique lo contrario.

- d) De intensidad. Consiste en la adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.

La secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal. Es decir lo habitual es que una vez transcurrido el periodo de baja temporal, en este tipo de lesiones no han de quedar secuelas, en el caso contrario, un informe médico concluyente debe acreditar las citadas secuelas.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el adjetivo concluyente tiene dos acepciones. 1. Que concluye. 2. Resolutorio, irrefragable. Se indemniza solo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal, informe que no debería ser difícil de obtener si la secuela realmente existe, pero es difícil para un médico determinar de forma concluyente que existe una secuela basándose solamente en las manifestaciones subjetivas del paciente, sin tener alguna prueba complementaria objetiva.

Los criterios previstos en los apartados anteriores se aplicarán a los demás traumatismos menores de la columna vertebral referidos en el baremo médico de secuelas.

Según la nueva redacción del baremo de tráfico, la inmensa mayoría de los accidentes en los que se producen los traumatismos menores de columna cervical va a quedar despenalizada.

En el caso estudiado a pesar de evidenciar un estado previo en las pruebas radiodiagnósticas realizadas, el médico forense consideró oportuno dejar como secuela algias cervicales postraumáticas sin compromiso radicular, otorgándole una puntuación mínima, ya que la informada aportó informes médicos en los que no constaba ninguna consulta previa por dolor cervical.

Tras un traumatismo menor de columna cervical en el que persista clínica de cervicalgia, tras el tratamiento, se deben practicar siempre pruebas radiodiagnósticas que deberían incluir como mínimo una radiografía de la columna cervical con proyecciones posteroanterior y lateral, radiografías dinámicas y una resonancia magnética, no solo para descartar lesiones recientes que puedan haber pasado desapercibidas, sino también para excluir un estado anterior patológico que justifique la sintomatología referida o que esta aparezca tras el accidente haber permanecido latente hasta el momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema de Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación. Artículo 135. BOE de 23 de septiembre de 2015
- Aso Escario, J; Martínez Quiñones, JV. Traumatismos raquídeos y lesiones no contiguas. Importancia del cribado con resonancia magnética de columna completa en el esguince cervical. Rev. Esp. Med. Legal. 2009; 35(1):3-11
- F.J. Juan García. Síndrome asociado a Latigazo Cervical. Rev. Clin. Esp. 2004; 204(6):326-30
- Nederhand MJ, Izman MJ; Hermens HJ et al. Cervical muscle dysfunction in the chronic whiplash associated disorder grade II (WAD-II). Spine 2000; 25: 1938-43
- D. Palacios Martínez, R.A. Díaz Alonso, M. Gutiérrez López y F.J. Gordillo López. Síndrome de Klippel-Feil, una cervicología poco frecuente. Semergen. 2013; 39 (8). E63-e67
- R. García Pérez, R. García Moreno. Un raro caso de cervicología crónica: el síndrome de Klippel-Feil. Semergen. 2011; 37:45-8
- Vidal Sebastián M. SISTEMA MEDX. Unión de Mutuas. Comunicación a las I Jornada de colaboración de Unión de Mutuas con la 11 Sociedad Valenciana de Rehabilitación y Medicina Física
- Carlos A. Reyes - Arnoldo Levy - Jairo E. Sánchez. Traumatismo raquímedular. Hospital Universitario Evaristo García. Cali. www.aibarra.org/Guias/2-17.htm
- Teddy Cobeña Llor. Imágenes radiológicas en la valoración de la patología de la columna vertebral. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. www.peritomedico.net
- Balachandran G. Klippel-Feil Syndrome and anterior cervical meningomyelocele: a rare case report. ANJ. 2009; E 130
- Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. BOE de 4 de noviembre de 2003
- Aso Escario; J. Martínez Quiñones; JV. De Miguel JL; Aso-Vizán, A; Arregui Calvo, R. Guía para la valoración multiaxial del "esguince cervical" y la patología discal asociada. Cuad Med Forense 2014; 20(1): 36-43

11. CONSIDERACIONES SOBRE EL IMPACTO DEL NUEVO BAREMO EN LAS ASEGURADORAS EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA

C. Rojas-Marcos Asensi

La aprobación de la Ley 35/2015, de 22 de Septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación viene a suponer un hito en la articulación de nuestra responsabilidad civil.

Esta nueva regulación supone un gran avance en el ámbito del derecho de daños ya que regula de manera minuciosa, prácticamente, todas y cada una de las manifestaciones que versan sobre el daño, alcanzando a todos los tipos de daños personales, morales y patrimoniales, subsanando una legislación anterior que no llegaba a regular de manera certera determinados daños, fundamentalmente los patrimoniales.

Asimismo, se reitera la función social que persigue la garantía de la indemnidad para el accidentado a través de un baremo de daños, proporcionándose una seguridad jurídica que facilita a las aseguradoras cumplir con su papel social desde la previsibilidad de las indemnizaciones, en aras de alcanzar la tan buscada reparación íntegra del daño.

Este sistema de socialización de los daños viene a complementarse en este nuevo baremo con conceptos tales como la asistencia sanitaria futura, en este caso, compartiendo la aseguradora la carga de las Administraciones Públicas Sanitarias en el tratamiento de los accidentados.

Sin duda, este hito legislativo alcanza su pretensión de lograr una indemnidad íntegra en el ámbito de los accidentes de tráfico y proporciona una seguridad jurídica sin precedentes en el derecho de daños.

Nuestra jurisprudencia ha manifestado que la aplicación del baremo para los accidentes de tráfico es vinculante. Así mismo, en su aplicación a otros ámbitos de responsabilidad, han tenido un uso orientativo a la hora de establecer el quantum indemnizatorio correspondiente a unos determinados daños.

De esta forma, dicho baremo se erige en nuestro ordenamiento como única fuente de valoración en responsabilidad de daños, puesto que es la única ley en vigencia sobre cuantificación de daños existente en nuestro derecho.

El traslado del baremo de tráfico a otros ámbitos de derecho de daños es consecuencia lógica de la igualdad, analogía y equidad que inspiran nuestro ordenamiento, así como viene a ser una respuesta lógica al principio de seguridad jurídica.

En esta comunicación la pretensión es dar una visión de cómo se verá afectada la responsabilidad civil sanitaria por este nuevo baremo de tráfico.

Es conocido en nuestro sector la pretensión durante años de la elaboración y publicación de un baremo específico para la responsabilidad civil sanitaria. Pero mientras no exista un baremo sanitario, será este nuevo baremo de tráfico (Ley 35/2015), el que venga a regular la valoración del daño en el ámbito de la responsabilidad sanitaria, tal y como lo hicieron en su momento la Ley 30/95 y el RD 8/2004.

A falta de la existencia de una legislación específica que se ocupe de dicho ámbito, el baremo aprobado en 1995 ha servido de instrumento indispensable para la resolución y cuantificación de las indemnizaciones que correspondían por la responsabilidad civil sanitaria, y lo ha sido en todas las jurisdicciones que componen nuestro ordenamiento.

La realidad de la responsabilidad sanitaria es que nuestros Juzgados y Tribunales acuden asiduamente al baremo de tráfico a la hora de determinar el quantum indemnizatorio, resulta destacable su incidencia en la jurisdicción contencioso administrativa, donde se ventila habitualmente la responsabilidad sanitaria de las administraciones públicas sanitarias.

Cabe plantearse en consecuencia, cómo afectará a las aseguradoras de responsabilidad civil sanitaria este nuevo baremo.

A priori la incidencia en la aplicación del nuevo baremo pudiera o debiera versar en los mismos términos que afectará a las aseguradoras de tráfico, sin embargo, la realidad, es que el impacto del nuevo baremo desde el momento de su publicación puede conllevar unos efectos distintos para las aseguradoras de responsabilidad sanitaria que para las aseguradoras de accidentes de tráfico.

En este sentido, han sido incrementadas exponencialmente las cuantías, cuanto mayores son las secuelas, aumentándose excepcionalmente los factores de corrección en los grandes lesionados.

Igualmente, el fallecimiento, que es un aspecto cada vez con una menor incidencia en tráfico puede, dependiendo de las situaciones familiares, puede llegar a quintuplicar la indemnización resultante, puesto que se ha sustituido la indemnidad en base a la situación familiar del fallecido, por la indemnidad dependiendo de la situación individualizada de cada perjudicado por el fallecimiento, extendiéndose igualmente la figura del perjudicado hasta los denominados allegados.

Si bien, dichas situaciones, grandes lesionados y fallecidos, no vienen a representar un alto porcentaje en el volumen de siniestros derivados de accidentes de tráfico, tanto el fallecimiento, como los grandes lesionados, suponen un alto porcentaje de los siniestros de responsabilidad sanitaria, puesto que per se, el paciente ya padece una enfermedad de base, en muchas ocasiones grave. Enfermedad presente con anterioridad a la actuación por la que se demanda y que constituyen génesis del siniestro.

Por primera vez en la historia de nuestro derecho se establece en la ley, que el baremo de daños de tráfico es un instrumento previsto y válido para la determinación del quantum indemnizatorio derivado de las secuelas en responsabilidad sanitaria.

En este sentido, en la Disposición Adicional Tercera, se estipula que *“El sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria”*.

A este respecto, hemos de poner especial énfasis en que no existe disposición normativa alguna anterior a esta que pretenda ser reguladora de la valoración de daños en la responsabilidad civil sanitaria.

Este hito no puede pasar de desapercibido por lo siguiente, la Ley 30/95 y posteriormente, el RD 8/2004, han venido utilizándose analógicamente a pesar de no albergar mención alguna a la responsabilidad sanitaria.

En este caso, en la Ley 35/2015, el legislador, a través de la Disposición Adicional Tercera, establece la pretensión de que dicha ley se aplique en todos sus términos al ámbito sanitario, pero lo estima como un mandato con vistas al futuro, con la necesidad de un complemento legal que confirme su aplicación al ámbito sanitario.

Es por ello que cabe preguntarse, independientemente del uso orientativo que se hará, de conformidad al uso de los anteriores baremos con respecto a las tablas de

puntuación y valoraciones del baremo en el ámbito de la responsabilidad civil sanitaria, si también serán de aplicación el resto de disposiciones, incluidas las de vigencia, establecidas en la Ley 35/2015.

En el nuevo baremo se especifica que éste solo será aplicado a los accidentes de tráfico acontecidos a partir de la vigencia de la Ley, esto es, en enero de 2016.

Así, hay que poner especial énfasis en que las disposiciones sobre vigencia de la Ley 35/2015 solo son vinculantes, a priori, a los accidentes de tráfico. Solo a los accidentes de tráfico ocurridos a partir de 2016 se les aplicará el nuevo baremo, mientras que los accidentes de tráfico anteriores a 2016 vendrán a regularse por el anterior sistema (RD 8/2004).

Dicha previsión legal es fundamental para que las aseguradoras dentro del sistema de socialización de daños puedan ejercer su función, desde la previsibilidad de las indemnizaciones al cálculo de riesgos y primas.

En consecuencia, ¿Que pueden esperar las aseguradoras de responsabilidad sanitaria ante la aprobación y aplicación de un sistema más gravoso en la entidad y cuantificación del daño, que se aplicará como criterio orientador por nuestros tribunales, pero que del resto de previsiones legales no debieran ser ab initio vinculantes, incluyendo las de vigencia?.

Me explico. El problema que se plantea es si los siniestros originados con anterioridad a 2016, igual que en tráfico deberán someterse al RD 8/2004. Puesto que de no ser así, las previsiones de las aseguradoras de responsabilidad sanitaria pueden verse afectadas.

La vinculación con el nuevo baremo en el ámbito sanitario debiera versar también en algunas de las previsiones, en particular las de vigencia y todo ello porque en la aplicación de los principios de analogía y equidad que inspiran nuestro ordenamiento, es fundamental tener en cuenta que en la interpretación y aplicación de estos principios, así como de las leyes, es fundamental el criterio establecido por el legislador, el denominado espíritu de la ley.

A la aseguradora se le otorga una previsibilidad no solo con el cálculo de los distintos daños, sino además delimitándose la vigencia de los distintos sistemas. En este punto, el legislador expresamente alberga la pretensión de dotar a los protagonistas de la responsabilidad civil sanitaria de esa misma seguridad jurídica.

En este sentido, resulta fundamental acudir al Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados.

A este respecto, en la articulación de las garantías financieras, en particular en el art. 16, se establece que las provisiones técnicas son una obligación de las aseguradoras y que estas deberán responder necesariamente a hipótesis prudentes y razonables.

Las aseguradoras, en cumplimiento de dicha normativa han cumplido con sus obligaciones en aras de mantener el sistema, no pareciendo dable que se le pudiera exigir más allá de esas provisiones. Establecer a las aseguradoras condiciones más perjudiciales de las establecidas legalmente en el ejercicio de su función es difícilmente justificable en la utilización del principio de equidad que impera en nuestro ordenamiento.

Igualmente, de aplicarse un sistema más gravoso a partir de 2016, para siniestros y pólizas basadas en unas provisiones técnicas que responden a la anterior legislación, hará que en dichas pólizas, como contratos que son, tanto en el ámbito público, como privado, se produzca una ruptura del equilibrio económico del contrato que puede llevar a situaciones indeseables, como la cancelación de contratos de seguro al exceder la siniestralidad establecida.

Por todo lo expuesto, en el ámbito de la responsabilidad sanitaria, no trasladar la previsión de vigencia del nuevo baremo no debiera tener cabida en aras de la supervivencia del sistema de aseguramiento vigente en la Unión Europea y de unas mínimas garantías legalmente establecidas para el ejercicio de la actividad aseguradora en nuestro país.

En otro orden de cosas, este nuevo baremo previsto para tráfico, es un principio, pero necesita de un complemento legal específico para el ámbito sanitario, ya que "per se" el baremo de tráfico deja de lado la realidad del daño producido en la responsabilidad sanitaria por lo que explicaremos a continuación.

En este sentido, nuestra jurisprudencia configura en el ámbito de la responsabilidad civil sanitaria el concepto de la pérdida de oportunidad terapéutica, como un concepto valorador de daño moral por pérdida de oportunidades de que una actuación correcta hubiera podido evitar, este se configura en la práctica como un factor de disminución de la cuantía establecida orientativamente en el baremo.

En estos términos, la Sentencia de 27 septiembre 2011 [RJ 2012\939] del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), afirma que:

“La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio (RJ 2005, 9611) y 7 de septiembre de 2005 (RJ 2005, 8846) , como en las recientes de 4 (RJ 2007, 6617) y 12 de julio de 2007 (RJ 2007, 4993) , configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”.

El daño en la pérdida de oportunidad terapéutica se concibe como una estimación pro futuro, es decir, que establece que posibilidades u oportunidades se han perdido desde la primera asistencia por la que se reclama, de haberse actuado tal y como solicita en su caso el demandante, cuando se acreditara una mala praxis. En este sentido, el planteamiento viene a ser que en la hipótesis de haberse actuado desde el principio de otra forma, de la manera que se reclama ¿Cuál hubiera sido la evolución de la patología y que daño o daños hubieran podido evitarse?

Pues bien, se debe tener en cuenta que en la responsabilidad sanitaria, a diferencia de los accidentes de tráfico, el perjudicado no es una persona sana.

¿Es la aplicación por los tribunales de la doctrina de la pérdida de oportunidad terapéutica suficiente para paliar de alguna manera la situación ajena y anterior de enfermedad que padecen los perjudicados y de la que la administración sanitaria no es responsable, o por el contrario, es necesario establecer previsiones mediante un baremo sanitario?

En dicho concepto entran probabilidades de tratamiento y efectividad de los mismos pro futuro desde el momento de la asistencia que se reclama, teniendo en cuenta la cuota de responsabilidad real que tiene la mera presencia de la enfermedad, que es un concepto ajeno y anterior al actuar de los centros sanitarios.

En el anterior baremo se configuró en el anexo 1.7 dicha situación ajena y anterior para las lesiones permanentes, como la subsistencia de incapacidades preexistentes, no debiendo responsabilizarse de la situación anterior al actuar de los facultativos.

Este es un concepto que jurisprudencialmente se ha aplicado analógica y equitativamente al fallecimiento en los casos de responsabilidad sanitaria. Sirva de ejemplo lo señalado por el Tribunal Superior de Justicia de Galicia en la sentencia de 18 de Julio de 2012 (Apelación 7086/2012), en la que se afirma que:

“Habrá de aplicarse, en hipótesis de manejo del Baremo del RED 8/2004, el 1.7 del Anexo que señala que son elementos correctores de disminución en todas las indemnizaciones, incluso en los gastos hospitalarios, en las lesiones permanentes, la subsistencia de incapacidades preexistentes que hayan influido en el resultado lesivo final; y, no nos encontramos ante una paciente sana, sino ante una persona que acude por presentar una patología, una situación previa de la que no se puede responsabilizar al Sergas, y, así, el cálculo realizado por la demandante parte de una situación que supondría que la Administración Sanitaria creó la patología por la que D^a. Basilisa acudió a recibir asistencia”.

Dicho precepto, anexo 1.7, es imprescindible en la responsabilidad sanitaria, donde lo intrínseco es que exista una situación anterior y ajena al actuar que se reclama, la enfermedad, que determina de una manera fundamental el resultado dañoso necesita de un especial tratamiento por el legislador.

El nuevo baremo entiende como factor de disminución, heredero del 1.7 del RD 8/2004, en un máximo del 75%, la culpa concurrente de la propia víctima en la producción del accidente o el incumplimiento del perjudicado del deber de mitigar el daño tras el accidente. En ambos factores de disminución es necesaria la existencia de culpa del perjudicado. Por tanto, no tiene cabida las la enfermedad anterior, preexistencia de la patología que no es culpa en la mayoría de los casos del perjudicado, en nuestro caso, el paciente, pero que tampoco pueden imputarse bajo ningún concepto al centro sanitario.

Aunque si bien es cierto, que se alcanza en el nuevo baremo dentro de las lesiones permanentes el concepto de secuelas agravatorias de estado previo, en el que se tiene en cuenta la situación previa y ajena al accidente, solo lo hace siempre y cuando esa secuela estuviera presente.

En este sentido hemos de distinguir entre la enfermedad y su consecuencia natural que es el daño o secuela. En el ámbito de responsabilidad sanitario, la situación

ajena y anterior a tener en cuenta es la enfermedad, como causa imprescindible y fundamental, desde un punto de vista meramente causal, no puede imputarse dicha situación a los centros sanitarios.

En la mayoría de los casos, la secuela no tiene presencia hasta avanzado el proceso asistencial, pero la enfermedad sí tiene presencia desde un primer momento, por lo que el concepto de secuela agravatoria de estado previo no puede recoger ni valorar la incidencia de una enfermedad que no haya causado daños con anterioridad a la primera asistencia, lo que es insuficiente puesto que se responsabiliza a los facultativos de la mera presencia de la enfermedad.

Tampoco la doctrina de la pérdida de oportunidad terapéutica, que está en estrecha relación con el concepto del 1.7, parece suficiente en determinados casos para paliar esa situación anterior de la que no se puede responsabilizar al centro sanitario.

Un ejemplo gráfico de lo anterior, es por ejemplo, un paciente que presenta un carcinoma con un estadio no muy avanzado cuya opción es la intervención quirúrgica, se reclama por retraso diagnóstico y, en consecuencia, de tratamiento, pero en dicha intervención se materializa un riesgo típico de estas intervenciones y termina falleciendo.

Pues bien, en el presente caso, en primer lugar, en el "iter" causal habrá de tenerse en cuenta que la enfermedad es la que lleva al paciente al quirófano, enfermedad que además presenta alta mortalidad de no intervenir. Esa situación ajena y anterior no es responsable el centro sanitario, este no es el que le ha provocado la existencia de una enfermedad y ha llevado al paciente a un quirófano.

Y en segundo lugar, habrá que plantearse como concepto diferenciado, que pérdida de oportunidades ha padecido el paciente ¿si se le hubiera intervenido con anterioridad en el tiempo que probabilidades hubiera tenido de que no se materializara el riesgo típico y en consecuencia se hubiera evitado el fallecimiento, es decir, como ha incidido la demora diagnóstica en el devenir de los hechos?

La regulación de los daños realizada en tráfico no puede siempre extrapolarse a situaciones de responsabilidad sanitaria, cuando se parte en esta última de una génesis y desarrollo del daño completamente diferentes. La concurrencia en la producción del daño de múltiples factores y la situación del perjudicado, que no parte de la sanidad o integridad física absoluta, debieran determinar otro tratamiento de los daños, por su génesis e *iter*, y una ponderación del quantum que valorara concurrencias y pérdidas de oportunidad.

Igualmente, existen una serie de daños que, a diferencia del daño moral por pérdida de oportunidades, se han establecido únicamente en el ámbito sanitario, y que, aunque vienen siendo jurisprudencialmente configurados, carecen de seguridad jurídica alguna, puesto que no tienen reflejo en el baremo de tráfico, ni en nuestra legislación.

A este respecto, merece especial mención el daño moral autónomo por falta de información en las intervenciones a las que se somete un paciente. En este sentido, la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece los requisitos para determinar la existencia de un consentimiento informado del paciente a la hora de someterse a los tratamientos o intervenciones prescritos por los facultativos.

Dichos requisitos han sido jurisprudencialmente configurados determinando en su incumplimiento la existencia de una vulneración de la autonomía de la voluntad del paciente que se constituye como un daño moral autónomo que se diferencia de cualquier daño físico que pudiera derivar de la intervención sanitaria. Ha de tenerse en cuenta que cuando la asistencia sanitaria se ha ajustado a la "lex artis ad hoc", la conculcación del derecho a la autonomía de la voluntad constituye un mero daño moral, separado y distinto del daño corporal.

Sirva de ejemplo la Sentencia de 25 de abril de 2005 (RJ 2005\4448) del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª), donde se afirma que:

"En segundo lugar queda también constatado, y ello es determinante de la inexistencia de nexos causal entre los actos sanitarios propiamente dichos -y hacemos esta precisión porque la prestación de la información previa necesaria para poder intervenir quirúrgicamente es también un acto sanitario- y los daños que ha soportado, queda constatado -decimos- que no ha habido mala praxis médica.

Cierto es también que, no obstante, que la reclamante ha pasado -permítasenos el vulgarismo- un largo calvario que tal vez podría haberse evitado si se le hubiese informado adecuadamente. Y puesto que ni siquiera es imputable a la Administración pública sanitaria ese «extenso tratamiento que la paciente ha de seguir para el dolor, que incluye un estimulador medular que ha de llevar implantado la mayor parte del día», y que, al parecer como única secuela, ha quedado a la paciente, el único daño que podemos imputar a la Administración es el daño moral que se ha derivado para la interesada por no habersele informado adecuadamente de las consecuencias que podría tener la intervención".

Otros daños morales autónomos propios de la responsabilidad sanitaria, constituidos jurisprudencialmente, es el consolidado por el nacimiento de un hijo con malformaciones, nacimiento de un hijo que, aunque no constituye daño físico alguno, se considera como un daño moral en los casos de que un deficiente funcionamiento del servicio sanitario haya provocado el retraso en el diagnóstico de las malformaciones que presentará el neonato.

En estos casos, nos encontraremos ante un daño moral que deriva de haber privado a los progenitores de la opción de interrumpir la gestación, siendo lo único que se ha conculcado en estos casos, la autonomía de la voluntad de los padres, por no haberseles permitido optar de forma consciente por continuar o suspender la gestación de un feto con defectos genéticos.

Concretamente, la Sala Tercera del Tribunal Supremo tiene declarado, por ejemplo, en un caso de nacimiento de un hijo con Síndrome de Down que *“no puede considerarse como daño moral el derivado del nacimiento inesperado de un hijo, pues nada más lejos del daño moral, en el sentido ordinario de las relaciones humanas, que las consecuencias derivadas de la paternidad o maternidad”*, añadiendo que *“sin embargo, sí podría existir un daño moral, si concudiesen los requisitos necesarios, en el caso de que se hubiese lesionado el poder de la persona de autodeterminarse, lo que a su vez podría constituir una lesión de la dignidad de la misma”* [Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2000].

En definitiva, el nuevo baremo de tráfico se instituye como germen del futuro baremo sanitario, pero el sector asegurador de la responsabilidad sanitaria, necesita un paso más, por la excepcionalidad del daño con respecto a otros ámbitos, donde ha de determinarse una pérdida de oportunidad terapéutica, donde hemos de valorar la situación basal del paciente para no imputar a los centros sanitarios la presencia de una enfermedad de la que no son responsables y donde existen una serie de daños morales que no tienen lugar en tráfico, mereciendo todos estos daños, en su aplicación, una seguridad jurídica que se otorga a otro tipo de daños, como son los derivados de accidentes de tráfico.

Esta exigencia viene respaldada por el papel que se otorga a las aseguradoras en el sistema de socialización de daños vigentes, existiendo una necesidad de seguridad jurídica en los mismos términos previstos en los accidentes de tráfico. Debiendo plantearse igualmente el legislador si el baremo de tráfico publicado puede dar una respuesta real a las necesidades del ámbito de la responsabilidad sanitaria o ser germen de la regulación de los daños originados en dicho ámbito, daños que en su génesis y vertebración distan mucho de los previstos en accidentes de tráfico.

JURISPRUDENCIA

- Sentencia de 10 de Abril de 2015. Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 5 de Sevilla

Por todo lo cual, se le reconoce a la actora una indemnización de 84.132,50 euros, por todas las circunstancias concurrentes, que contaba con 44 años a la fecha de los hechos y el empeoramiento de pronóstico asociado al error de diagnóstico se considera "una cifra razonable, que, como señala la jurisprudencia, siempre tendrá un cierto componente subjetivo, dadas las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria" (por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de Julio de 1997).

La aplicación del baremo vigente al tiempo de la Sentencia se considera correcta y, en este caso, atendiendo a la necesidad de reparación íntegra de daños causado.

- Sentencia de 29 de septiembre de 2015. Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 2 de Toledo.

Por tanto presumiendo racionalmente, que la artritis séptica derivó de la segunda de las infiltraciones producidas el 19 de Febrero de 2010, dada la proximidad temporal con la fecha en la que acudió a urgencias... deben ser indemnizados los siguientes conceptos:

- *Los 27 días hospitalarios a razón de 120 euros por día que hace un total de 3.240 euros.*
 - *La limitación final de la movilidad a los 95 grados que se estima en 3 puntos, al igual que la agravación de la artrosis indemnizable de 1 a 5 puntos, y que valoramos en su grado medio, 3 puntos, siendo el total de 6 puntos... lo que hace un total de 4.800 euros que debe incrementarse en un 10% por razón de invalidez de la actora, conforme al anexo del RDL 8/2004, y arroja la cifra de 5.280 euros.*
- Sentencia de 25 de septiembre de 2015. Sección 1ª de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Aragón

Respecto del importe de la indemnización que corresponde, la actora reclama la suma de 250.000 euros en aplicación de los criterios que vienen fijados para el caso de siniestros cubiertos por seguro obligatorio del automóvil. Estos criterios, de carácter orientativo en casos como el presente, de actividad no sujeta a la obligación de asegurar, concluyen en un importe que se estima adecuado, vistos los padecimientos que hubo de soportar el paciente.

- Sentencia de 4 de septiembre de 2015. Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia

La parte actora fija una cantidad alzada por daño moral sin referencia alguna a elementos que la justifiquen, por lo que resulta adecuado tomar como punto de referencia y de forma aproximada las indemnizaciones fijadas en el baremo establecido para víctimas en accidentes de circulación para el año 2009. Atendiendo como criterio objetivo a esas cantidades, y teniendo en cuenta la edad de la menor, 2 años, se considera adecuado fijar la indemnización total en 150.000 euros.

- Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 3 de Pamplona

En cuanto a la determinación de la indemnización procedente por el daño causado, la parte recurrente solicita una indemnización de 209.569'51 €.

La citada cantidad se obtiene aplicando la Resolución – de aplicación orientativa en materia de responsabilidad patrimonial - de 20 de enero de 2011 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por las que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanente incapacidad temporal que resulten de aplicar el sistema para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación añadido el 10% como factor de corrección , criterio que se considera ajustado a derecho por su carácter objetivo.

No procede reducción alguna al no apreciarse concurrencia de culpas, pues si bien es cierto que la paciente tuvo la voluntad de quitarse la vida, había sido ingresada para controlar la descompensación psiquiátrica que presentaba habiendo manifestado ideas autolíticas, siendo obligación en exclusiva del servicio médico prevenir conductas como la que finalmente se produjo.

- Sentencia de 31 de julio de 2015. Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 2 de Santiago de Compostela

En definitiva, como nada impide que se cifre la valoración mediante la metodología que propuso el instructor, al que prestan su conformidad todas las representaciones procesales de las partes (con la salvedad que se acaba de indicar y del importe que propone la codemandada), va a confirmar este juzgador que se acuda a las tablas que se aprueban para reparar los daños ocasionados por vehículos a motor, aunque no tiene carácter preceptivo, sino orientativo y no vinculante (SsTS de 26.09.77, 03.12.79, 18.01.80, 16.12.94, 02.10.03, 30.05.06 y 24.07.06), en este caso para llegar a los 66.114,80 euros por los 40

puntos de secuelas derivadas de la histerectomía y salpinguectomía bilateral, a los que se sumarían los 20.117,46 euros por los días de estancia hospitalaria y de baja improductiva.

- Sentencia de 3 de junio de 2015. Sección Décima del Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Procede, finalmente, fijar la cuantía indemnizatoria que se estima procedente en el presente caso teniendo en cuenta que el Tribunal Supremo ha venido reiterando que el sistema de valoración de los daños corporales en el ámbito de los accidentes de circulación tiene un valor simplemente orientador, no vinculante para los Tribunales de este orden jurisdiccional a la hora de calcular la indemnización debida por título de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas (entre otras, sentencia de 23 de diciembre de 2009, recurso de casación 1364/2008). Y habrá que determinar el quantum de la indemnización partiendo del hecho que lo que aquí se ha de indemnizar no es el fallecimiento del esposo y padre de las actoras como consecuencia de la asistencia médica prestada, algo que no ha quedado probado, sino el daño moral que comporta la incertidumbre (que nunca se despejará) de no poder saber si, de haberse tomado las constantes, especialmente tensión arterial, así como de la exploración de los pulsos (recordemos que no consta esa anotación en la historia clínica) el diagnóstico hubiera podido ser otro, así como el tratamiento aplicable, y en qué medida su expectativa de vida (entendemos hipotéticamente, claro está, dadas las características graves de la dolencia sufrida por el paciente), quantum, ciertamente, inferior al que correspondería si hubiera quedado acreditado que la causa del fallecimiento fue ese retraso diagnóstico, la Sala ponderadamente considera que procede indemnizar a la esposa del fallecido con la cantidad de 30.000 euros, y a cada una de sus dos hijas en la cantidad de 10.000 euros, cantidades que se han de considerar actualizadas a la fecha de la presente sentencia.

- Sentencia de 24 noviembre 2009 (RJ 2009\8082). Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª)

La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio (RJ 2005, 9611) y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007 (RJ 2007, 4993), configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra

manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente.

- Sentencia de 4 de abril de 2000. Tribunal Supremo. Sala 3ª

La circunstancia de no haberse informado debidamente a los representantes del menor de los graves riesgos de la operación no desempeña una virtualidad causal en el resultado dañoso producido, puesto que del relato de hechos de la sentencia de instancia que hemos aceptado se desprende que la operación se desarrolló adecuadamente, que era prácticamente necesaria y que, atendidas las circunstancias, la decisión tomada en el caso por el equipo médico de no aplazar la operación fue la esperable también de cualquier persona situada en la tesitura de arriesgarse a un porcentaje tan mínimo de riesgo como el de autos frente a un seguro futuro tan problemático respecto de la salud y en el momento en que ya empezaban los síntomas al respecto como era el de la hipertensión. los daños corporales derivados de la operación no están, pues, ligados al funcionamiento anormal del servicio público sanitario y no son indemnizables.

No cabe duda, sin embargo, de que, al omitir el consentimiento informado, se privó a los representantes del menor de la posibilidad de ponderar la conveniencia de suscribirse a la operación evitando sus riesgos y de asegurarse y reafirmarse en la necesidad de la intervención quirúrgica y se imposibilitó al paciente y a sus familiares para tener el debido conocimiento de dichos riesgos en el momento de someterse a la intervención. Esta situación no puede ser irrelevante desde el punto de vista del principio de autonomía personal, esencial en nuestro Derecho, que exige que la persona tenga conciencia, en lo posible y mientras lo desee, de la situación en que se halla, que no se la sustituya sin justificación en el acto de tomar las decisiones que le corresponden y que se le permita adoptar medidas de prevención de todo orden con que la persona suele afrontar los riesgos graves para su salud.

Esta situación de inconsciencia provocada por la falta de información imputable a la Administración sanitaria del riesgo existente, con absoluta independencia de la desgraciada cristalización en el resultado de la operación que no es imputable causalmente a dicha falta de información o de que esta hubiera tenido buen éxito, supone por sí misma un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención.

12. VALORACIÓN Y PERITACIÓN DE LOS DÉFICITS NEUROCOGNITIVOS EN EL DAÑO CEREBRAL DESDE EL DSM-5. (DAÑO CEREBRAL POSTRAUMÁTICO)

A. Sanz Cid, C. Fadeuille Grau, L. Grau-López

1. INTRODUCCIÓN

La reciente publicación del DSM-5 en el año 2014 ha comportado una profunda modificación en la conceptualización y definición de los déficits cognitivos que obviamente repercute en la forma en que los profesionales hemos de valorar y peritar un ingente volumen de patologías entre las que se encuadran patologías inherentes a los traumatismos craneales.

Desde octubre del 2015, todas las entidades cubiertas por HIPAA deben de pasar de utilizar códigos CIE-9 a la utilización de códigos CIE-10.

El cuanto al DSM-5 cabe resaltar el nuevo grupo denominado “Trastornos relacionados con traumas y estresores”, que incluye, entre otros, el trastorno de estrés post-traumático y el trastorno de estrés agudo (anteriormente pertenecientes al grupo de los trastornos de ansiedad). Se trata de un grupo fundamentado etiológicamente, aunque de forma muy genérica (p.ej., por la ocurrencia de algún suceso vital traumático), sin hacer alusión a mecanismos psicológicos o biológicos subyacentes, lo que pretende garantizar la neutralidad en la clasificación con respecto a cualquier otro enfoque teórico.

2. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

En el DSM-5, el criterio de estrés (Criterio A) para el trastorno de estrés agudo ha sufrido una modificación con respecto al DSM-IV. El citado criterio requiere que se explicita la calificación de acontecimientos traumáticos que se han experimentado directamente, presenciado o experimentado indirectamente.

Además, el criterio A2 del DSM-IV con respecto a la reacción subjetiva al evento traumático (por ejemplo, “la respuesta de la persona involucra miedo intenso, impotencia u horror”) ha sido eliminado. De acuerdo con la evidencia de que las reacciones post-traumáticas agudas son muy heterogéneas ya que el énfasis del DSM-4 en síntomas disociativos se considera demasiado restrictiva, las personas pueden encajar con los criterios del diagnóstico de trastorno por estrés agudo del DSM-5 si presentan nueve cualesquiera de los 14 síntomas de la lista en esta categorización: intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y excitación.

3. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

En el DSM-5, los trastornos de adaptación son reconceptualizados como un conjunto heterogéneo de síndromes de respuesta al estrés que se produce después de la exposición a un acontecimiento doloroso (traumático o no traumático), más que como una categoría residual para las personas que presentan malestar clínicamente significativo sin cumplir los criterios de un trastorno más discreto (como en el DSM-IV).

Han sido mantenidos sin cambios, los subtipos del DSM-IV marcados por el estado de ánimo deprimido, síntomas de ansiedad o alteraciones en la conducta.

4. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Los criterios del DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático difieren significativamente de los anteriores, del DSM-IV. Como se ha descrito previamente en el trastorno de estrés agudo, el criterio estresor (Criterio A) es más explícito con respecto a cómo un individuo experimentó esos acontecimientos “traumáticos” y asimismo, ha sido eliminado el Criterio A2 (reacción subjetiva).

Mientras que en el DSM-IV había tres grandes grupos de síntomas (clusters) –reexperimentación, evitación, entumecimiento, y la excitación–, actualmente en el DSM-5 hay cuatro grupos de síntomas (clusters), debido a que el cluster de la evitación y

entumecimiento se divide en dos clusters distintos: evitación y alternaciones persistentes negativas en cognición y estado anímico. Esta última categoría, que conserva la mayor parte del DSM-IV adormecer síntomas, también incluye síntomas nuevos o reconceptualizaciones, tales como los estados emocionales negativos persistentes. El último clúster- alteraciones en la excitación y reactividad- conserva la mayor parte de los síntomas de excitación del DSM-IV.

5. TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

El reciente DSM-5 ha comportado un cambio significativo en los criterios diagnósticos para los déficits neurocognitivos. Actualmente se incluye una sección que bajo el epígrafe de "Trastornos neurocognitivos" reemplaza la categoría de Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos, establecida en anteriores clasificaciones como el DSM-IV-TR vigente hasta el 2014.

El DSM-5 engloba los términos trastorno neurocognitivo menor y mayor. El clásico término de demencia ha quedado relegado por el de trastorno neurocognitivo mayor, lo que marca una ruptura conceptual importante. Esto viene determinado por una desvinculación de la demencia como un trastorno mental, propio de la palabra «demencia» (sin mente), remarcando el concepto de organicidad de los procesos neurocognitivos. La desaparición conceptual de la mentada "demencia" consolida, además, los criterios de continuidad o evolución del concepto de deterioro cognitivo, al aumentarse la gravedad e intensidad de las manifestaciones clínicas.

El *deterioro neurocognitivo mayor* define en la nueva clasificación tres estadios:

- 1) **Leve**, si las dificultades son exclusivamente para AVD instrumentales;
- 2) **Moderado**, cuando las dificultades también incluyen las AVD básicas, y
- 3) **Grave**, cuando la persona es totalmente dependiente.

El DSM-5 recomienda sospechar de un trastorno neurocognitivo mayor leve cuando la persona exprese dificultad para realizar tareas instrumentales de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir con actividades del hogar, ya sea porque las exprese como difíciles, o porque requiera utilizar estrategias compensatorias para llevarlas a cabo.

No obstante, el trastorno neurocognitivo mayor se diagnosticará cuando la persona requiera algún tipo de ayuda para efectuar dichas tareas o cuando las abandone si no dispone de ayuda.

A la categorización se le suma la propuesta de especificar en el diagnóstico la presencia o ausencia de alteraciones comportamentales, indicando si el trastorno cognitivo va acompañado, por ejemplo, de sintomatología psicótica, de alteración en el estado de ánimo, agitación o apatía.

El término deterioro cognitivo leve (DCL) queda así encuadrado en el DSM-5 como un *trastorno neurocognitivo menor*. La diferencia principal entre el clásico concepto del DCL y el término de trastorno neurocognitivo menor correspondiente al DSM-5 se sitúa en que este último engloba el deterioro producido por cualquier etiología y rango de edad, tales como un traumatismo craneoencefálico o el deterioro producido debido a cuadros epilépticos.

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) representan la primera causa de muerte en la población por debajo de los 45 años de edad (Ariza, Pueyo, y Serra, 2004).

El TCE se define como la ocurrencia de una lesión en la cabeza, en la presencia de al menos uno de los siguientes elementos: (a) alteración de la conciencia, (b) amnesia debido al trauma, (c) cambios neurológicos o neurofisiológicos, (d) diagnóstico de fractura de cráneo y (e) presencia de lesiones intracraneales atribuibles al trauma. Las causas más frecuentes suelen estar relacionadas con accidentes automovilísticos, caídas, actos de violencia, accidentes laborales y deportes (Quijano, Arango y Cuervo, 2010).

A considerar la desaparición del síndrome orgánico de la personalidad en modo que la persona que padecía patología compatible con el mismo ha de pasar a ser valorado entre alguna de las terminologías anteriormente citadas de los trastornos neurocognitivos.

6. CONSIDERACIONES CLÍNICAS DEL TCE

Los avances producidos en los últimos años entorno al conocimiento de la etiología y fisiopatología de los TCE han permitido un abordaje terapéutico más efectivo y con mejor pronóstico de los TCE graves, permitiendo disminuir con ello las cifras de mortalidad (Ariza et al., 2004). Con ello, ha aumentado la supervivencia, pero también el número de personas con graves secuelas neurológicas que sobreviven al TCE, situando al TCE como una de las principales causas de discapacidad en población joven.

Así, los trastornos cognitivos son habituales tras padecer un TCE grave. Constituyen la secuela cognitiva más frecuente y su prevalencia es estimada en aproximadamente el 36% de los sujetos que padecen TCE severo (Santana, Cazín, Bascuñana, 2002). Se trata de una afectación más o menos severa de las funciones y procesos, generalmente asociados al funcionamiento de la corteza cerebral: la atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, la capacidad resolutoria de problemas o el funcionamiento ejecutivo (León-Carrión, 2001).

En el TCE suelen coexistir las lesiones focales y las difusas. Así, el daño cerebral que presentarán los TCE moderados y graves será un patrón de daño no específico y generalizado, pero con gran afectación de los lóbulos frontal y temporal (Ariza et al., 2004).

7. REPERCUSIONES COGNITIVAS DE LOS TCE

De esta forma, las alteraciones mnésicas debidas a las lesiones cerebrales adquiridas en los TCE, varían en calidad y en severidad. La magnitud de las quejas mnésicas está relacionada con una disminución significativa de la autonomía del paciente así como de sus capacidades de inserción familiar, social y profesional (Santana, 2002).

Según la gravedad de la función afectada y de su repercusión en el sujeto, éste podrá ver afectada su autonomía, pudiendo requerir ayuda de una tercera persona. La pérdida de la independencia personal por trastornos cognitivos provoca en estos casos una grave incapacitación de la persona. Ello puede ocurrir aún cuando la función motora está conservada, conservando la independencia física pero presentando deficiencias en lo comportamental. En estos casos suele producirse una anosognosia respecto a sus limitaciones cognitivas (León-Carrión, 2001).

Así pues, es fundamental realizar una adecuada valoración del daño neurocognitivo en todas aquellas personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico, con el mayor rigor conceptual y metodológico.

Las alteraciones cognitivas son una secuela muy común en los TCE. Las secuelas cognitivas que resultan del TCE, pueden llevar a dishabilidades a largo plazo y pérdida de la productividad muchas veces peores que las limitaciones físicas. Dado que la mayoría de los pacientes que sufren TCE son jóvenes, activos laboralmente, el costo económico, la pérdida de años de trabajo y el impacto en la calidad de vida del paciente y la familia es inmenso. Por lo tanto, es importante tener medidas de resultados en sobrevivientes de TCE para proveer una guía al paciente, la familia, y cuidadores sobre las posibilidades de recuperación (Longoni y Peralta, 2011)

Las alteraciones *atencionales* pueden continuar incluso más allá de dos años post trauma y suelen correlacionarse con una deficiente recuperación. Diferentes estudios han encontrado que en personas con TCE la atención selectiva, la atención sostenida y la atención focalizada pueden quedar alteradas tras la lesión.

Respecto a los subtipos de atención, se ha encontrado un bajo rendimiento en la atención selectiva, problemas en mantener la atención a lo largo del tiempo, y dificultades en focalizarla atención en tareas dirigidas a un objetivo.

El daño axonal difuso además de afectar a la atención tiende a comprometer la velocidad de procesamiento de la información. Muchos autores consideran que, ambos déficits podrían afectar la eficacia cognitiva, la generación de conceptos y las habilidades de razonamiento complejo. Así mismo el entrecimiento del pensamiento y el tiempo de reacción constituyen indicadores sensibles al efecto del daño observándose en mayor medida, en las tareas que requieren una atención selectiva y dividida (Ariza et al., 2004).

La *memoria* es una de las funciones psicológicas más sensibles al daño cerebral y es la queja subjetiva más comúnmente reportada por los pacientes con TCE y sus familias en hasta un 84% de las personas con un TCE grave y aunque las capacidades amnésicas pueden recuperarse, frecuentemente en los primeros doce meses después del trauma algunos de estos problemas pueden incluso persistir varios años.

Es común encontrar que una vez recuperan la conciencia, las personas con TCE pasan por un periodo de amnesia postraumática (APT) que consiste en una incapacidad de realizar nuevos aprendizajes y recordar información posterior al trauma. Una vez superada la APT, los pacientes pueden quedar con problemas de memoria en diferentes dominios, de los cuales la alteración de la memoria declarativa (episódica y semántica) es la más frecuente (Quijano et al., 2010).

Por lo tanto, generalmente la afectación de la memoria se centra en problemas de adquisición y de recuerdo de nueva información tanto semántica como episódica, siendo menos probable la afectación de la memoria a corto plazo. (Longoni et al., 2011)

Uno de los orígenes de los trastornos mnésicos en los TCE es el déficit en el codaje. En este caso, una posibilidad reeducativa consiste en enseñar al paciente a utilizar las habilidades cognitivas residuales más eficazmente, con vista a facilitar o reforzar las operaciones de codaje.

El *lenguaje* es una de las funciones psicológicas superiores más resistentes al daño cerebral; sin embargo, es muy común encontrar que después de un TCE (especial-

mente si la lesión se produce en el hemisferio izquierdo) las personas queden con problemas lingüísticos como anomia , afasia , comprensión , agrafia y disartria

Las alteraciones en las *funciones ejecutivas* son muy comunes en personas con TCE, presentada en la totalidad de nuestra población. Estos déficits son a menudo los que generan mayor discapacidad, dado que interfieren en la capacidad de los pacientes para emplear el conocimiento de forma fluida, apropiada, o adaptativa. Generalmente el déficit en las funciones ejecutivas genera mayor discapacidad (Longoni et al., 2011).

La capacidad de abstracción y de mantener y manipular la información en la memoria de trabajo, la inhibición de estímulos no importantes, la alternancia entre distintas acciones, la generación y utilización de estrategias se encuentra afectada. Las alteraciones en la percepción visual, la integración de información sensorial y las funciones visoconstructivas aparecen con menor frecuencia

Las alteraciones *emocionales y del comportamiento* constituyen uno de los principales problemas que suelen aparecer luego de un TCE. Diferentes estudios han reportado que las personas con TCE pueden llegar a presentar trastornos de ansiedad, apatía, cambios de personalidad, agresividad, manía, agitación, esquizofrenia, abuso de sustancias y depresión. De todas estas alteraciones emocionales y comportamentales la depresión y los trastornos de ansiedad suelen ser los síntomas más frecuentemente (Quijano et al., 2010).

8. PRONÓSTICO

La tendencia a mejorar generalmente sigue una curva de tendencia negativa progresiva. Esta curva es más rápida entre los meses tercero y sexto después del TCE y puede continuar durante varios años después del daño (Ariza et al., 2004).

A pesar de ello los problemas cognitivos, emocionales y comportamentales comúnmente se mantienen a largo plazo constituyendo los agentes que mayor invalidez causan tanto al sujeto como a sus familias.

9. CUANTIFICACIÓN Y PERITACIÓN

Se ha de ser extremadamente cautos tanto en la cuantificación clínica como en la peritación de los déficits cognitivos. Ello es así por una parte por la propia complejidad de la semiología clínica y características patoplásticas de los trastornos que estamos

considerando, pero también porque los accidentes muy habitualmente se entremezclan con un contexto médico-legal en el que los objetivos de finalidad crematística e inclusive de ser considerado excluído de la responsabilidad del accidente pueden convertirse en objetivos prioritarios en algunos casos.

Siempre se ha de procurar delimitar al máximo posible la base orgánica del daño y sus posibles repercusiones funcionales reales.

Hemos de alertar muy particularmente en torno a la valoración de las pruebas neuropsicológicas. Ello es así porque la mayoría de las baterías neuropsicológicas carecen de escalas complementarias que informen al valorador de la validez, fiabilidad y sinceridad de las pruebas, y precisamente por ello pasar a ser un tanto subjetivas. El valorador deberá procurar buscar y objetivar la relación entre la base orgánica que presente el paciente, el resultados de las pruebas neuropsicológicas y el contexto médico-legal en el que se encuentre el explorado (posible situación finalista, objetivo crematístico, eludir responsabilidades legales, etc.). Por ello, recomendamos máxima cautela en la valoración de los déficits neurocognitivos y procurar evitar la sobrevaloración de los resultados obtenidos si no hay el adecuado y objetivo correlato anatómico y adecuadas escalas que objetiven la fiabilidad de las pruebas, sin que sea suficiente el hallazgo del deterioro y la base orgánica.

El valorador debe de auxiliarse siempre de baterías o pruebas que aporten información acerca de la validez de las pruebas neuropsicológicas; a tal fin puede ser muy útil la aportación complementaria de las escalas de "alteración", "deseabilidad", "F", "L", "K", etc. de tests como el Millon, MiniMult, etc. además del inventario SIMS (prueba de "screening" para la detección de simulación de sintomatología psicopatológica y neurocognitiva. Instrumento de evaluación formado por 75 ítems. útil, por sí solo o formando parte de una batería de evaluación más completa, para explorar y detectar patrones de falseamiento y exageración de síntomas en contextos clínicos, laborales, médico-legales y forenses); y en algunos casos puede ser útil del TOM. Las pruebas de fluencia y evocación categorial, como el Tests Indacep pueden aportar información muy eficaz al perito valorador para una más óptima y eficaz valoración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2015). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Ed. Médica Panamericana. Barcelona.
- Ariza, M., Pueyo, R. y Serra, JM. (2004). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Anales de psicología*, 20 (2), 303-316.
- León-Carrión, J. (2001) Semiología y valoración del daño neurocognitivo causado por accidentes de circulación. *Revista Española de Neuropsicología*, 3 (1-2), 29-45.
- Santana, A., Cazín, P. y Bascuñana, H. (2002) Trastornos cognitivos en el tratamiento craneoencefálico: déficit mnésicos. *Rehabilitación* 36 (6), 373-378.
- Longoni, M. Y Peralta, S. (2011) Trastornos neurocognitivos en pacientes con traumatismo craneo-encefálico grave. *Revista colombiana de medicina física y rehabilitación*, 21(2), 86-94.
- Pérez-Sales. P. (2008). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En Ed. Manual de Psiquiatría.
- Quijano, MC., Arango, JC. y Cuervo, MT. (2010). Alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales a largo plazo en pacientes con trauma craneoencefálico en Cali, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39 (4), 716-731.