



XII JORNADAS DE
**VALORACIÓN
DEL DAÑO CORPORAL**

ASPECTOS MÉDICO-PRÁCTICOS

Fundación
MAPFRE



XII JORNADAS DE
**VALORACIÓN
DEL DAÑO CORPORAL**

ASPECTOS MÉDICO-PRÁCTICOS

Fundación
MAPFRE

XII
JORNADAS DE
VALORACIÓN
DEL DAÑO CORPORAL

ASPECTOS MÉDICO-PRÁCTICOS

MADRID, 23 Y 24 DE NOVIEMBRE DE 2017

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.

© 2018, FUNDACIÓN MAPFRE
Paseo de Recoletos, 23
28004 Madrid (España)
www.fundacionmapfre.org

ISBN: 978-84-9844-670-8
Depósito Legal: M-1530-2018
Maquetación y producción editorial: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

PRÓLOGO

Los siniestros con víctimas precisan, más que nunca, de métodos que cumplan con las expectativas de la sociedad actual en cuanto a la compensación de las consecuencias secuelas de los accidentes o, lo que es lo mismo, la reparación integral de todo aquel que lo precise.

Por ello la Fundación MAPFRE, fiel a su cita bienal, ha organizado las XII Jornadas de Valoración del Daño Corporal los días 23 y 24 de noviembre, cuyas ponencias se presentan en este libro para deleite de quien quiera analizarlas en profundidad.

El objetivo de estas jornadas siempre ha sido tratar en profundidad los aspectos médico-prácticos de esta disciplina y que el contenido del programa reflejase las necesidades del "día a día" que se le presentan al perito médico.

No obstante, las jornadas han sido dirigidas a todo aquel profesional que interviene en la valoración del daño. De modo que médicos, abogados y jueces también forman parte indispensable de este mundo cuyo objetivo es la valoración y la indemnización lo más adecuadas posible.

La estructura de las jornadas está compuesta por cuatro mesas, tres conferencias magistrales y un tiempo dedicado a la presentación de comunicaciones libres por aquellos asistentes que quieran aportar algo de interés.

Al final de cada mesa se ha dedicado un tiempo para el debate, en el que las diferentes opiniones y discrepancias han aportado un gran valor a cada una de ellas.

Una de las mesas ha tenido un formato especial en la que cada uno de los integrantes es sometido a una serie de preguntas, en forma de coloquio, de cuyas respuestas surgió un debate entre los casi 500 asistentes.

Destacar que la Ley 35/2015 ha tenido un protagonismo especial por su contenido, por su novedad y por la trascendencia social y económica que tiene en el mundo de la Responsabilidad Civil.

Igualmente es digno de mención la concesión de tres premios que reconocen la labor de los que han presentado sus comunicaciones libres y que han sido de excelente calidad.

Las jornadas han sido un éxito en cuanto a calidad y asistencia, y su contenido ha sido compendiado en este libro.

Al cierre de esta edición quedan convocadas las XIII Jornadas de Valoración del Daño Corporal que se celebrarán en Madrid en el año 2019. ¡Les esperamos!

Recibid un cordial saludo,



Dr. Javier Alonso Santos

COMITÉ ORGANIZADOR

Directores

Javier Alonso Santos

Director de Centros Médicos MAPFRE

Julio Caballero Salgado

Jefe del Servicio Médico MAPFRE

Comité

Juan José Alcorta Álvarez

Médico del Servicio Médico Territorial de la DGT Norte. MAPFRE

José María Benavent Coloma

Jefe del Servicio Médico Territorial de la DGT Este. MAPFRE

José Ramón Campos Dompredo

Jefe del Servicio de Desarrollo de Negocio de Centros Médicos. MAPFRE

Francisco J. Cortés Guitart

Jefe del Servicio Médico Territorial de la DGT Centro. MAPFRE

Javier Díaz García

Coordinador médico de A Coruña. MAPFRE

Teresa Domínguez Cacho

Jefe del Servicio Médico Territorial de la DGT Sur. MAPFRE

Julio Laria del Vas

Director de Prestaciones. MAPFRE

Lorenzo López Navas

Coordinador Médico de Barcelona. 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 de Valoración del Daño Corporal. MAPFRE

César Vila Quintana

Coordinador médico de la DGT Centro. MAPFRE

Comité Evaluador de Comunicaciones

Javier Alonso Santos

Julio Caballero Salgado

José Ramón Campos Dompredo

José Sáez Rodríguez

Rafael Bañón González

Antonia Martínez Hernández

Lluisa Puig Bausili
Beatriz Otero Abadín
Pedro Martínez García

PARTE I

PONENCIAS

1. VERDADES Y MENTIRAS DE LA PATOLOGÍA DEL CUELLO Y DEL HOMBRO TRAS TRAUMATISMO POR ACELERACIÓN /DECELERACIÓN '26 AÑOS DE EXPERIENCIA'

Dr. Lorenzo López Navas

La Real Academia Española de la Lengua define “experiencia” como la práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo.

Entre la verdad y la mentira, y recordando un poema de D. Ramón de Campoamor: “Y es que, en el mundo traidor, nada es verdad ni mentira, todo es según el color del cristal con que se mira” encontramos un término muy de actualidad con el auge de Internet y las redes sociales, que es la “posverdad”, sustantivo que la Real Academia Española de la Lengua incorporará en breve y que según el director de la RAE, Darío Villanueva, el término se refiere a aquella información o aseveración “que apela a las emociones, creencias o deseos del público” en lugar de a hechos objetivos.

Pues bien, en esta ponencia que bajo el título “Patología del cuello y de hombro tras traumatismo por aceleración/deceleración. Verdades y mentiras tras 26 años de experiencia”, voy a intentar conjugar estos conceptos, pero siempre desde la experiencia y la “lógica”, que como todos sabemos es una rama de la filosofía y no de la ciencia en el sentido más puro de la palabra, y aunque la medicina es una ciencia, una ciencia aplicada por personas sobre personas, utiliza la lógica de la experiencia como medio o mecanismo mental que le pueda servir para ayudarse de él a la hora de decidir la forma en la que se aplica el método científico, que siempre se nutre de argumentos demostrables y reproducibles.

La “lógica” es una rama de la filosofía que estudia las formas y principios generales que rigen el conocimiento y el pensamiento humano, es el método o razonamiento en el que las ideas o la sucesión de los hechos se manifiestan o se desarrollan de forma coherente y sin que haya contradicciones entre ellos.

El hecho de que la medicina, y más concretamente la valoración del daño corporal, sea una ciencia aplicada por personas sobre personas, hace que sea muy vulnerable a las apreciaciones subjetivas tanto del sujeto aplicador como del sujeto sobre el cual se aplica.

Es por ello que voy a intentar aplicar, por un lado, la lógica, y por otro, mi experiencia durante 26 años, para explicar esas verdades y posverdades que rodean a la patología del cuello y del hombro tras un traumatismo por aceleración/deceleración.

Vamos a realizar un recorrido partiendo desde el inicio, la colisión, y avanzaremos por todas las etapas que afectan al mismo hasta llegar a su final con la valoración médico-legal. A lo largo del mismo analizaremos todos los momentos y circunstancias que rodean e influyen en este trauma-

tismo, y a partir del mismo iré plasmando todas las verdades y posverdades que surgen a su alrededor.

VERDADES

Tal como explico en la introducción, la “verdad” es la conformidad de lo que se dice con lo que se siente o se piensa.

Las verdades que voy a presentar están fundamentadas en 26 años de experiencia y en diferentes trabajos, y todas y cada una de ellas las someto al debate y la sana crítica de los asistentes.

En definitiva, cada uno de nosotros tenemos nuestra experiencia y nuestra verdad, pero si aplicamos la lógica médica y el método científico, en la mayoría de los casos deberían ser coincidentes.

Estas verdades van a seguir las diferentes etapas que recorre el traumatismo cervical desde su inicio hasta su final.

Colisión o impacto

Es el momento en que los vehículos entran en contacto y se desencadena el mecanismo lesional del traumatismo cervical, y debe cumplir dos requisitos:

- **debe ser por alcance posterior, lateral o frontal**
- **y debe tener una mínima velocidad.**

Actualmente, la gran mayoría de los médicos valoradores cuando realizan sus periciales se centran única y exclusivamente en el lesionado (fuentes documentales del informe, antecedentes médico-legales, historia clínica, conclusiones médico-legales, valoración médico-legal), obviando por completo todo lo relacionado con la biomecánica del accidente (vehículos intervinientes, circunstancias de ocurrencia, mecánica del accidente, daños materiales, etc.).

En mi opinión, y tras muchos años de experiencia, es un grave error, quizá basado en aquel antiguo “mantra” que mantienen y defienden muchos compañeros que dicen que “nosotros somos médicos y vemos pacientes”, o aquel aforismo en el cual “no existen enfermedades, sino enfermos”, descartando por completo entrar a valorar otras cuestiones relacionadas con la biomecánica como pueden ser la mecánica del accidente y los daños materiales.

Estas afirmaciones solo nos sirven para poder argumentar en nuestras conclusiones médico-legales y sin ninguna base científica porque dos traumatismos cervicales producidos en dos colisiones por alcance posterior a la misma velocidad y con lesionados de la misma edad, sexo y constitución anatómica, en un caso la estabilización lesional se alcanza a los 90 días con secuelas de dolor cervical residual, y en otro a los 30 días sin secuelas.

No somos médicos asistenciales, somos médicos valoradores dedicados a la medicina pericial y, por lo tanto, a la valoración médico-legal de lesionados, no de pacientes. En estas circunstancias tenemos que tener presente que dichas lesiones se producen en el contexto de un accidente de tráfico donde intervienen el conductor y/o sus ocupantes, el vehículo y el medio, con unas

determinadas circunstancias de ocurrencia, y donde la biomecánica nos puede proporcionar mucha información y, por lo tanto, ayudar en nuestra labor médico-pericial.

En definitiva, obviar las mismas y centrarnos única y exclusivamente en el lesionado es un grave error, por lo que partiendo de la base de que en cualquier colisión y más concretamente en el caso que nos ocupa, en una colisión por alcance posterior, intervienen personas y vehículos, es inevitable ayudarnos de los conocimientos que nos proporciona la biomecánica.

Biomecánica

Hasta hace bien poco hablar de biomecánica en la valoración del daño corporal era como hablar del "cambio climático", nadie lo aceptaba, incluso el presidente del Gobierno llegó a decir que:

"El presidente del Partido Popular, Mariano Rajoy, ha restado hoy importancia al problema del cambio climático. Para ello, ha traído a colación a su primo científico, catedrático de Física de la Universidad de Sevilla, y ha asegurado que no se puede convertir este asunto 'en el problema mundial'.

Yo sé poco de este asunto, pero mi primo supongo que sabrá. Y entonces dijo: He traído aquí a diez de los más importantes científicos del mundo y ninguno me ha garantizado el tiempo que hará mañana en Sevilla. ¿Cómo alguien puede decir lo que va a pasar en el mundo dentro de 300 años?".

Estas declaraciones se hacían hace ahora diez años, afortunadamente hoy día todo el mundo acepta el cambio climático, y de la misma forma, y no quiero caer en demagogia, que hace diez años solo unos pocos creíamos en la biomecánica y la importancia de la misma en la valoración del daño corporal, en la actualidad se empieza a aceptar la misma como elemento de gran ayuda en la valoración del daño corporal.

La biomecánica es la ciencia que trata de describir los mecanismos lesivos, explicando las lesiones producidas en el organismo humano, mediante la integración de diferentes disciplinas, que incluyen la medicina, la epidemiología, la física y la ingeniería. Podríamos decir que es la ciencia que analiza los efectos lesivos causados por un impacto en el cuerpo humano con objeto de encontrar medidas que permitan la prevención de lesiones.

La biomecánica estudia los efectos de las sollicitaciones (fuerzas, momentos, etc.) aplicadas sobre el material biológico, centrándose en los tejidos dañados. Los conocimientos de la ingeniería, física y ciencias afines nos ayudan a identificar las fuerzas necesarias en magnitud, dirección y duración suficientes para superar el nivel de tolerancia de los sistemas biológicos.

Permite medir la magnitud, dirección y duración de las fuerzas que actúan sobre la columna cervical, por lo que por primera vez podemos disponer de un dato objetivo de cuál es la intensidad de las fuerzas que actúan sobre la columna y si estas superan o no el umbral de tolerancia a partir del cual se producen lesiones.

Más allá de lo que nos puede aportar en la valoración médico-legal, quizá mucho más importante que esto, la biomecánica puede ayudar a la industria del motor a mejorar y en última instancia prevenir el traumatismo cervical, aportando conocimientos que permitan avanzar en la seguridad pasiva de los vehículos a motor (reposacabezas activos, asientos activos), y aun aceptando las importantes mejoras que estos aspectos se han alcanzado, de manera inexplicable siguen sin

tener efecto, y el porcentaje de traumatismos cervicales sigue en aumento.

Dentro de la subjetividad que rodea al traumatismo cervical, la biomecánica nos aporta datos objetivos, que se pueden medir y que se comportan de una forma muy similar en todas las colisiones.

Nos permite conocer dos aspectos importantes en la valoración médico-legal que explicarán dos criterios de causalidad genérica recogidos en el artículo 135 de la Ley 35/2015.



Mecanismo lesional y criterio etiológico

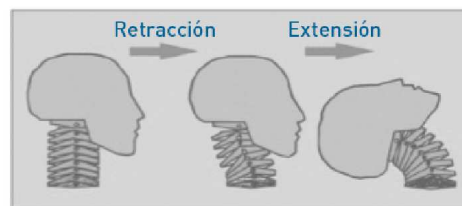
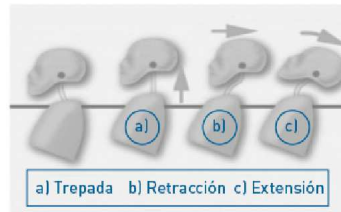
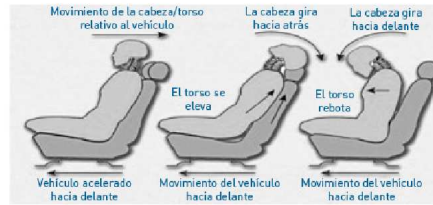
La relación entre la zona corporal afectada y la lesión sufrida la establece el mecanismo lesional, conjunto de procesos y fuerzas que actúan sobre una estructura anatómica, y que tras superar el umbral mínimo de tolerancia, producen una lesión en sus diferentes formas y grados. Por lo tanto, la lesión depende de la forma en que incide la fuerza (flexión, extensión, tracción, torsión, compresión) y de la configuración y resistencia de la estructura anatómica sobre la cual actúa; por lo que cada una tiene un mecanismo lesional único y diferente del resto, en función de su resistencia y configuración. Esto quiere decir que la forma de lesionarse una columna cervical es diferente a como se lesiona un hombro, una rodilla o un codo. En definitiva, el mecanismo lesional debe ser compatible biomecánicamente con la lesión sufrida.

La mejor definición para entender el mecanismo lesional del traumatismo cervical es la del grupo de Quebec.

“El *whiplast* es un mecanismo de transferencia de energía al cuello por aceleración/deceleración, que puede resultar de un impacto trasero o lateral, sobre todo de las colisiones de vehículos a motor, pero también en las zambullidas o en otras ocasiones. La transferencia de energía puede provocar heridas óseas o heridas de los tejidos blandos, que a su vez pueden implicar una gran variedad de manifestaciones clínicas (trastornos asociados al esguince cervical).

La sucesión de movimientos en el cuello tras la colisión por alcance posterior serían los siguientes:

1. Se genera una fuerza posterior que se transmite al respaldo del asiento que empuja al tronco del ocupante del vehículo desplazándolo hacia delante.
2. El tronco queda frenado por la activación del cinturón de seguridad y el cuello, que queda libre, se desplaza hacia atrás realizando un movimiento de extensión.
3. Tras el contacto con el reposacabezas, el cuello se desplaza hacia delante realizando un movimiento de flexión.



Será este movimiento de hiperextensión del cuello el responsable de la lesión cervical.

Este mecanismo lesional ya descarta, independientemente del criterio de intensidad o criterio cronológico, como veremos más adelante, muchos diagnósticos sobreañadidos que no desapercibidos, que evolutivamente y según las modas han ido apareciendo en torno al traumatismo cervical (artritis temporomandibular, tendinitis/rotura manguito, rotura meniscos, ruptura LCA).

Pero hay sistemas de seguridad pasiva para prevenir y/o minimizar los daños en el cuello en las colisiones por alcance posterior, y que se han mostrado realmente eficaces como es el reposacabezas.

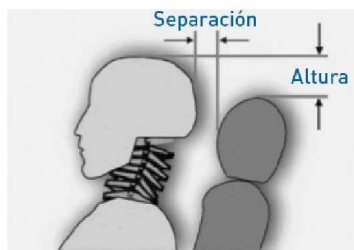
Reposacabezas

Es el principal elemento en la prevención y minimización de las lesiones en el traumatismo cervical.

Es por ello que todos los estudios sobre prevención del traumatismo cervical se basan precisamente en evitar el movimiento brusco de hiperextensión a través de los reposacabezas tanto fijos como activos (SAHR de Saab) y de los asientos activos (WIPS de Volvo y WipGARD de Winterthur Accident Research, en colaboración con la empresa alemana Autoliv, fabricante especializado en sistemas de retención. WipGARD).

Altura Borde superior de la cabeza

Separación Menos de 4 cm



Velocidad y criterio de intensidad

“Criterio 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 intensidad del accidente depende directamente de la velocidad de la colisión y, por lo tanto, de la transferencia de energía al cuello capaz de provocar el movimiento brusco de flexo-extensión. En definitiva, es la responsable de las lesiones, y de la mayor o menor gravedad de las mismas.

Cuando hablamos de transferencia de energía, se trata de energía ligada al movimiento y, por lo tanto, se trata de energía cinética que depende de:

- la velocidad de colisión del vehículo
- y la masa del vehículo.

$$E_c = 1/2 m \cdot v^2$$

En esta fórmula vemos claramente la importancia de la velocidad en la producción de la energía que se transfiere al cuello.

En una colisión por alcance posterior, en la mayoría de las ocasiones intervienen dos vehículos, por lo que vamos a tener diferentes velocidades, que con la ayuda de la biomecánica vamos a poder conocerlas y calcularlas, y nos van a servir de gran ayuda en nuestra labor médica pericial.

Estas velocidades que todos los médicos valoradores debemos conocer son:

Velocidad de colisión: velocidad del vehículo que impacta o vehículo bala.

Velocidad de proyección: velocidad del vehículo impactado o vehículo blanco.

Delta V: diferencia de velocidad entre vehículo bala y vehículo blanco.

Fuerza G: aceleración que sufre el cuello por el cambio de velocidad.

Como he dicho anteriormente, la gravedad del traumatismo cervical depende directamente de la velocidad de la colisión, existiendo un umbral mínimo de tolerancia a partir del cual es cuando se producen las lesiones.

El ΔV se ha venido utilizando para definir el concepto de colisiones por alcance a baja velocidad (*low speed rear-end collisions*), correspondiendo a aquellas en las que su valor es inferior a 8-15

km/h. En investigación se consideran de baja intensidad las colisiones con ΔV inferior a 16 km/h, entre 16 y 24 km/h de mediana intensidad y por encima de 24 km/h de alta intensidad.

La mayoría de autores y estudios realizados consideran la delta V y la fuerza G como los dos parámetros más fiables para valorar el riesgo y la gravedad de las lesiones.

Resumen de umbrales lesivos por diferentes investigadores, teniendo en cuenta el tipo de estudio

Autor	Año	Tipo de estudio	Resumen
McConnell	1995	Voluntarios.	$\Delta V > 8$ km/h.
Szabo	1996	Voluntarios.	$\Delta V > 8$ km/h.
Castro	1997	Voluntarios. Explorados, estudio de RNM y EMG de superficie en la colisión.	Colisiones con ΔV medio de 11,4 km/h y \bar{a} de 2,7 g. Estudios de RNM normales. Consideran que colisiones por alcance con ΔV de 10 a 15 km/h son bien toleradas, sin daños estructurales y únicamente pueden aparecer molestias pasajeras.
Brault	1998	Voluntarios.	Síntomas pasajeros con umbrales ΔV 4 a 8 km/h.
Davis	1998	Revisión bibliográfica. Voluntarios.	Umbral aceptable para sujetos sanos en las condiciones de los test $\Delta V > 6,4$ a 8 km/h con valor mínimo de 4 km/h.
Schuller	2000	Revisión de casos derivados de reclamaciones.	24 % con ΔV 0-5 km/h. 24 % con ΔV 5-10 km/h.
Tencer	2001	Reconstrucción de colisiones reales. 432 pacientes.	Valores medios sin especificar umbrales. ΔV medio 8 km/h.
McClune	2002	Revisión sistemática.	Umbral aparición síntomas: ΔV 4-8 km/h. Umbral aparición daño estructural: ΔV 10-15 km/h.
Krafft	2002	Colisiones reales. Vehículos con CPR.	Riesgo de síntomas más de 1 mes. $\Delta V > 10$ km/h. $\bar{a} > 4,5$ g.
Schmitt	2003	Reconstrucción de colisiones reales (ingeniero).	Valores medios sin especificar umbrales. ΔV 8-12,5 km/h (alcance). ΔV 18-25 km/h (frontal). Riesgo de síntomas > de 1 mes. $\Delta V > 8$ km/h.
Krafft	2005	Colisiones reales. Vehículos con CPR.	$\bar{a} > 5$ g. Síntomas leves < 1 mes (casos aislados). $\Delta V > 4$ km/h. $\bar{a} > 2$ g.
Bartsch	2008	Reconstrucción de colisiones reales (alcance alineado).	Valores medios sin especificar umbrales. ΔV de 6,8 km/h. \bar{a} de 1,42 g. 90 % acudieron por 1. ^a vez a los 7 días.

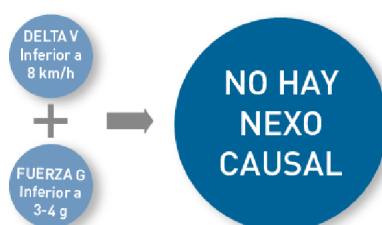
Fuente: Represas Vázquez, C. *et al.* "Importancia de la biomecánica del impacto en la valoración pericial del síndrome del latigazo cervical". *Rev. Esp. Med. Legal*, 2015.

Umbrales recomendados para el criterio de intensidad en el estudio de la causalidad médico-legal del SPC

Delta V	Fuerza G	Significación
<4 km/h	<2 g	Debería representar un valor absoluto para la inexistencia de lesiones
4-6 km/h	<3 g	Como norma general no se justifica la existencia de lesiones/síntomas, pero no se puede descartar la existencia de molestias pasajeras (unas horas/2-3 días) como consecuencia de factores psicológicos. Podría estar justificada la diferencia por sexos, teniendo más riesgo las mujeres de sufrir síntomas.
6-10 km/h	3 a 5 g	No debería existir lesiones estructurales y los síntomas serían pasajeros (menos de un mes). No obstante, deben valorarse los factores de riesgo, sistemas de seguridad y otros que se han visto relacionados con la disminución del riesgo de lesiones.

Represas Vázquez, C. et al. "Importancia de la biomecánica del impacto en la valoración pericial del síndrome del latigazo cervical". Rev. Esp. Med. Legal, 2015.

Como criterio general se debe considerar:



Los médicos valoradores y juristas somos bastante reacios a utilizar y/o aceptar estas fórmulas y parámetros físicos en la valoración del daño corporal, quizá por desconocimiento o miedo, también tengo que decir que en los últimos años cada vez son más los partidarios a utilizarlos como complemento y ayuda en la valoración. Para ello debemos recurrir a los ingenieros especialistas en reconstrucción de accidentes de tráfico, que nos proporcionarán esos datos a través del informe técnico biomecánico.

Informe técnico biomecánico

Es un informe complementario y de ayuda al médico valorador, que aporta datos objetivos y que debe ser analizado por el médico en el contexto global del siniestro y las lesiones.

Debe ser elaborado por profesionales con la suficiente formación académica, ingenieros con la especialidad en Reconstrucción de Accidentes de Tráfico, basado en datos objetivos, medibles y fácilmente reproducibles, interobservador y realizado tras un trabajo a pie de campo con estudio exhaustivo de la colisión, del medio y de los vehículos implicados.

Este informe debe constar de:

1. Objeto de informe.
2. Antecedentes:
 1. Mecánica del accidente.
3. Características de los vehículos implicados.
4. Daños en los vehículos implicados.
5. Comparativa de los daños.

6. Estudio técnico:

1. Cálculo de la velocidad de proyección y colisión.
2. Cálculo de la aceleración de proyección del vehículo impactado.
3. Cálculo de la fuerza G generada por la aceleración.

7. Conclusiones

Llegados a este punto y con el mecanismo lesional y criterio de intensidad conocidos, debemos valorar otro concepto de vital importancia en la valoración médico-legal de un traumatismo cervical, pues de él depende la responsabilidad civil, ya sea directa o subsidiaria que del mismo se derive, que es el de establecer el nexo causal.

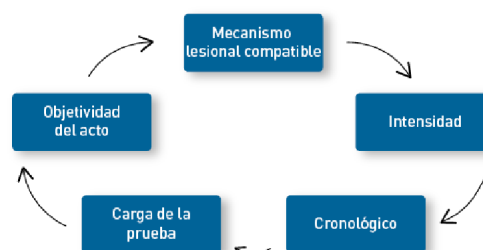
Nexo causal

Es un concepto médico-jurídico que se establece en relación con un hecho (circulación, agresión, etc.) y que su aceptación implica responsabilidad civil, penal o ambas, y que no niega el hecho, sino que analiza si hay relación entre el mismo y sus consecuencias.

El nexo causal se establece en función de unos criterios biomecánicos, de los que he hablado anteriormente y que se deben cumplir, y unos criterios médicos, en concreto y muy importante el cronológico, definido a través del informe de urgencias.



Se deben cumplir cada uno de ellos, siendo excluyentes entre sí y por el siguiente orden:



Criterio cronológico

Artículo 135 de la Ley 35/2015:

“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 72 horas posteriores al accidente o que el lesionado haya sido objeto de atención médica en este plazo”.

La aceptación de este criterio lo marca inexcusablemente el informe de urgencias en dos aspectos:

- Desde el aspecto médico, se trata de una lesión aguda provocada por un traumatismo agudo, por lo que no existe ninguna explicación anatómica ni fisiológica por la que dichos síntomas no se manifiesten antes de las 72 horas.

El 100 % de la patología traumática aguda se manifiesta en las primeras 0-8 horas, aspecto muy importante a tener en cuenta para diferentes diagnósticos sobreañadidos (rotura manguito, rotura meniscos, ruptura LCA, hernia discal) y que veremos más adelante.

- Desde el punto de vista jurídico, dicho criterio marca el “nexo causal y la responsabilidad civil”, por lo que debe haber un documento acreditativo de que dichas lesiones son derivadas de ese accidente y no de otras circunstancias.

Informe de urgencias

Tras la colisión con la suficiente intensidad, la lesión tiene que estar documentada y para ello es necesario el informe de urgencias.

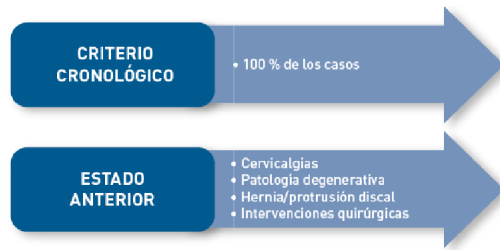
Es un documento básico en la valoración del daño corporal en general y muy particularmente en la valoración del traumatismo vertebral y la patología del hombro, y que reúne unas características que no tienen otros que lo hacen único y muy importante, y que el médico valorador siempre tiene que visualizar y estudiar para la realización de un informe médico pericial.

Se trata de un documento médico fiable por cuatro factores:

- *Inmediato*: información médica de las primeras 0-72 horas tras la colisión.
- *Aséptico*: no influenciado por factores externos, ya sean médicos, jurídicos, etc.
- *Objetivo*: realizado por profesionales médicos sin ningún tipo de relación con las partes.
- *Asistencial*: información exclusivamente centrada en aspectos clínicos sin referencia a valoraciones médico-legales.

Dentro de los informes aportados en la valoración médico-legal de un proceso (informes de seguimiento médico, informes de pruebas complementarias, informes de alta médica, informe médico concluyente, informe médico pericial de una y otra parte, etc.), es sin ningún género de dudas el que tiene más consenso y menos controversias provoca.

El informe de urgencias permite conocer dos criterios recogidos en la Ley 35/2015:



Por último, en relación con los criterios de causalidad haré un breve comentario respecto a los criterios jurídicos, y aunque no es de mi competencia, quiero aprovechar la asistencia a este foro de juristas de reconocido prestigio, para dar cuatro pinceladas de los mismos y poder, si procede, conocer su opinión.

Objetividad del acto

Para ello hago referencia a una sentencia del 29 de junio de 2017 de la Audiencia Provincial de Palma de Mallorca que dice textualmente:

“El criterio de la jurisprudencia se concreta en que el acto que se presenta como antecedente o causa del resultado tenga virtualidad suficiente como para que del mismo se derive, como consecuencia necesaria, el efecto lesivo ocasionado, para lo cual no son suficientes meras conjeturas o datos fácticos que por mera coincidencia induzcan a pensar en una simple interrelación de acontecimientos, sino que es necesaria la prueba que determine la relación de causalidad entre la conducta del agente y la producción del daño”.

En este sentido, vemos cómo en muchas ocasiones la única prueba que se aporta para establecer el nexo causal entre una colisión por alcance posterior y un traumatismo cervical y/o lesiones de hombro asociadas es la propia colisión y la asistencia de urgencias, sin analizar ni tener en cuenta aspectos importantes como el mecanismo lesional compatible, intensidad de la colisión, criterio cronológico, etc.

Carga de la prueba

Este aspecto es importante pues estamos acostumbrados a ver, sobre todo los que asistimos con relativa frecuencia a los juzgados en los que se discute el nexo causal, especialmente en traumatismos cervicales de baja intensidad, que la carga de la prueba recae en la parte demandada, es decir, es esta la que tiene que demostrar la inexistencia del nexo, y no al contrario, o sea, a la parte demandante.

Como principio general, la carga de la prueba recae en la parte actora o demandante, como así lo refrendan diferentes sentencias del Tribunal Supremo.

“Corresponde la carga de la prueba del nexo causal y por ende las consecuencias desfavorables de su falta al demandante perjudicado que ejercita la acción”.

Sentencias del Tribunal Supremo		
6 de noviembre de 2001	23 de diciembre de 2002	16 de julio de 2003

Y como el objetivo último de establecer el nexo causal es poder determinar la responsabilidad civil, creo necesario repasar cuatro conceptos básicos.

Responsabilidad civil

Artículo 1902 del Código Civil:

“El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia está obligado a reparar el daño causado”.

- **Contractual:** existe un vínculo previo a través de un contrato.
- **Extracontractual:** no existe un vínculo previo y es la que se deriva de los accidentes de tráfico, y puede ser directa o subsidiaria.

Reiterada doctrina jurisprudencial sostiene que la responsabilidad por culpa extracontractual exige para ser apreciada la concurrencia de una acción u omisión objetivamente imputable al agente, su culpa o negligencia, la realidad del daño causado y el nexo causal entre la acción u omisión y el daño producido (sentencia del Tribunal Supremo de julio de 2003, entre otras).

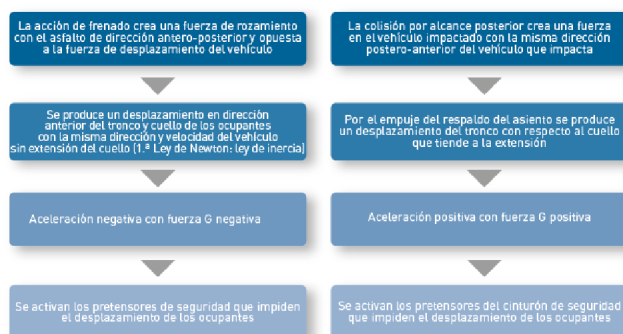
Aspecto importante desde el punto de vista jurídico es el de la “culpa o negligencia” en cuanto a la responsabilidad civil en los casos de “maniobra de frenado y traumatismo cervical”.

Maniobra de frenado y traumatismo cervical

La maniobra de frenado es un mecanismo de seguridad activa del vehículo que permite la deceleración progresiva del mismo hasta su detención con el objetivo de evitar una colisión, atropello o cualquier otro tipo de accidente.

1. Biomecánicamente, el mecanismo lesional es incompatible y las fuerzas G que se generan mínimas, tanto en magnitud como en tiempo de actuación, e incapaces de producir lesiones en el cuello, por lo que no se puede establecer el nexo causal entre un traumatismo cervical y una maniobra de frenado.
2. Jurídicamente no existe responsabilidad civil extracontractual ni directa ni subsidiaria.

Mecanismo lesional



Fuerza G

Las fuerzas G que se generan en una maniobra de frenado confortable son de unos 0,25 g y en un frenado de emergencia de 0,8 g, muy lejos de los 3-4 g, que según la mayoría de estudios es el umbral mínimo de tolerancia humana a partir del cual se producen lesiones.

La capacidad lesiva de la fuerza G depende fundamentalmente de la magnitud y del tiempo de actuación.

Jurídicamente

En mi opinión, de la maniobra de frenado no se deriva ningún tipo de responsabilidad civil ya sea directa o subsidiaria.

**Sentencia del Juzgado de 1.ª Instancia e Instrucción n.º 3 de Santa Coloma de Farners.
Juicio Ordinario 406/14. Sentencia 40/15 del 23-03-2015**

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. El procurador de los Tribunales,, en nombre y representación de D., presentó escrito de demanda contra D.ª..... y MAPFRE, en reclamación de la cantidad de 28.054,24 euros, los intereses legales correspondientes y costas del procedimiento.

HECHOS PROBADOS

ÚNICO. El día 06-08-2012 D. viajaba en el asiento delantero derecho del vehículo Ford Fiesta matrícula, conducido por D.ª por L´Eix Transversal C-25 cuando la conductora frenó.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. Se ejercita, por la parte actora, acción de reclamación de cantidad derivada de responsabilidad extracontractual por importe de 28.054,24 euros en concepto de daños y perjuicios. Solicita el demandante que se dicte sentencia por la que se condene a la demandada al abono íntegro de la cantidad reclamada, más los intereses legales, con expresa condena de costas.

Por su parte, la demandada, en contestación a la demanda, se opone a las pretensiones de la actora negando relación de causalidad entre los hechos y las lesiones.

SEGUNDO. La acción ejercitada por la parte actora se funda en la existencia de un acto ilícito generador de responsabilidad civil.....

En el caso que nos ocupa es carga de la parte demandante, conforme al artículo 217 de la LEC, probar que existe un nexo de causalidad entre el accidente y las lesiones producidas. A la parte demandada le corresponde por tanto demostrar la actuación diligente de la conductora.

En el caso que nos ocupa, del interrogatorio de la demandada, D.ª, así como de las dos periciales de la demandada, entiende esta juzgadora que ha quedado acreditado que la conductora del vehículo objeto de las presentes actuaciones frenó al llevar a cabo una conducción correcta y adecuada. En efecto, la propia conductora, al ser interrogada el día del juicio, manifestó que “guardaba la distancia de seguridad, que no colisionó con nadie ella, que si no llega a frenar, se hubiera dado una hostia”. Por su parte, el Sr., en el momento de comparecer como testigo, precisó que “habló con la Sra., que fue ella quien le indicó que iba a 80 km/h”, “que en su opinión, se respetó la distancia de seguridad porque por eso no colisionó con el camión”.

Al no haber quedado acreditado el obrar culposo o negligente de D.ª, la demanda ha de ser desestimada.....

FALLO

Se desestima la demanda interpuesta por D., frente a

Se imponen las costas a la parte actora.

Simulación y fraude

El ramo de Autos continúa siendo el epicentro de los intentos de engaño. En concreto, seis de

cada 100 lesiones por accidente de circulación esconden un fraude, ya sea por una simulación del siniestro o por una exageración del daño padecido. Destaca también la incidencia entre los seguros de vida. En ese caso, en dos de cada 100 ocasiones hay algún engaño en la reclamación que recibe la entidad aseguradora. Subsidios y decesos se encuentran parejas, con 1,5 intentos de fraude por cada 100 expedientes.

Los datos de fraude aquí expuestos han sido elaborados a partir de las estimaciones trasladadas a UNESPA por parte de las entidades asociadas. Los datos representan la suma de siniestros simulados, inducidos e inventados, así como de los incidentes fortuitos en los que los perjuicios padecidos fueron exagerados. La cuantía de estos porcentajes evidencia que los fraudes son obra de una minoría que busca lucrarse ilícitamente a costa del resto de asegurados.

Un reciente estudio de ICEA confirma la creciente importancia de los fraudes de pequeña cuantía, es decir, aquellos en los que la cantidad reclamada no alcanza los 500 euros. Este tipo de fraude muestra una senda creciente en los últimos cinco años, y constituye en la actualidad un 37 % de los fraudes.

Impacto del fraude por número de siniestros declarados, en % sobre el total de siniestros resueltos

	2015	2016
Autos: responsabilidad civil daños corporales	5,35 %	6,01 %
Autos: responsabilidad civil daños materiales	1,80 %	1,31 %

Fuente: UNESPA.

Impacto del fraude por importes reclamados, en % sobre las prestaciones e indemnizaciones pagadas

	2015	2016
Autos: responsabilidad civil daños corporales	6,31 %	6,19 %
Autos: responsabilidad civil daños materiales	2,60 %	2,06 %

Fuente: UNESPA.

Según Gisbert Calabuig, la simulación es toda suerte de fraudes clínicos motivados por la intención de alcanzar alguna finalidad beneficiosa para el simulador, que no puede conseguirse de otra manera que por el engaño.

Según Simonin, se trata de un fraude consciente y razonado que consiste en provocar, imitar o exagerar trastornos mórbidos subjetivos u objetivos con un fin interesado.

Según el DSM IV, es "la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas".

Signos sugestivos de simulación (adaptado de Yudofsky, 1991)

Los síntomas son vagos, mal definidos y no se ajustan a entidades diagnósticas concretas.

Las molestias, signos o síntomas parecen excesivos o teatrales.

Las lesiones parecen autoinfligidas.

En la investigación toxicológica se detectan sustancias tóxicas o medicamentos no prescritos cuya presencia no tiene explicación.

La historia clínica o los datos diagnósticos parecen haber sido alterados o modificados.

Hay antecedentes de lesiones o accidentes previos.

La historia clínica, la exploración física y los datos diagnósticos no apoyan las molestias alegadas.

El paciente no coopera en la valoración diagnóstica o en el tratamiento.

El paciente se muestra remiso a aceptar un pronóstico favorable.

El paciente solicita sustancias adictivas o que son objeto frecuente de abuso con el fin de tratar el trastorno.

El paciente obtiene compensación económica o de otra índole como consecuencia del trastorno.

El paciente puede evitar situaciones dolorosas, peligrosas, promotoras de ansiedad o desagradables en cualquier sentido como consecuencia del trastorno.

El paciente puede evitar responsabilidades legales o sociales, o eludir penas legales, como consecuencia del trastorno.

Existe un diagnóstico concomitante de trastorno de personalidad antisocial.

Consejos prácticos para valorar sospecha de simulación (adaptado de Faust, 1996)

No dejarse guiar por la confianza subjetiva en la propia agudeza diagnóstica.

Considerar la importancia del motivo que tiene el sujeto para engañar.

Para excluir la simulación, no basarse exclusivamente en los resultados de la entrevista y de la exploración física.

Obtener información colateral y confirmatoria.

Considerar el empleo de pruebas diseñadas específicamente para detectar la simulación.

Historia clínica

Los dos aspectos más importantes en la historia clínica en valoración del daño corporal son la anamnesis y la exploración física.

1. Anamnesis

Aspecto muy importante en la valoración médico-legal, pues nos permite conocer el estado anterior y, por lo tanto, las concausas, concepto relacionado con la aplicación de otro criterio recogido en el artículo 135 de la Ley 35/2015, el de exclusión, que consiste en que no medie otra causa que justifique totalmente la patología.

Concausa

La concausa tiene la condición de necesaria pero no la de suficiente, es decir, por sí misma no es capaz de producir el daño, a diferencia de la causa, que tiene la condición de necesaria y suficiente y por sí misma es capaz de producir el daño.

Es importante el poder establecer el *quantum* o la proporción/importancia que las concausas han tenido en el resultado final, y si han llegado o no a romper el nexo.

Para ello podemos utilizar la Clasificación Internacional de Funcionalidad de la OMS (Cobo, 2010).

Es una graduación que cumple objetivos adecuados ya que utiliza calificativos descriptores de intensidad, lleva aparejada una valoración en porcentajes, asegura una razonabilidad y proporcionalidad en la evaluación y tiene el respaldo de la Organización Mundial de la Salud.

Valoración de la intensidad del nexo de causalidad clínica o directa de las consecuencias con respecto al hecho problema	Porcentaje de carga de causalidad clínica	Propuesta de porcentaje de reducción en la valoración realizada sobre el 100 %
Relación clínica causal completa (necesaria que no requiere ningún otro hecho) Las consecuencias se explican por el hecho traumático sucedido en su totalidad, sin necesitar el concurso de otros elementos, aunque estos hayan existido.	96-100 %	0-4 %
Relación clínica causal intensa (necesaria, pero hay otros hechos relevantes necesarios aunque menos importantes) Las consecuencias se explican por el hecho traumático, pero han colaborado de forma relevante otros factores, aunque sin ocupar un papel necesario. Se puede considerar como causa protagonista suficiente con existencia de otros hechos relevantes.	76-95 %	5-24 %
Relación clínica causal concausal o compartida (necesaria y compartida de forma similar con otra/s necesaria/s) Las consecuencias se explican por la existencia simultánea de los hechos traumáticos y otra concausa de similar importancia. Se puede considerar como causa con un protagonismo compartido o concausa.	25-75 %	25-75 %
Relación clínica causal ligera (necesaria, pero compartida con otra/s necesaria/s que son más importantes) Las consecuencias se explican por otros factores que son protagonistas, pero el hecho traumático ha colaborado de forma relevante, pero sin ocupar un papel necesario. Se puede considerar como concausa de menor importancia.	5-24 %	76-95 %

Relación clínica causal muy ligera (coincidente pero irrelevante) o no hay relación causal (nulo, ninguno, ausente)

Hecho coincidente no necesario y no relevante cuando existe otra causa única que explica en su totalidad las consecuencias comprobadas, sin que el hecho traumático tenga un papel relevante en su génesis o evolución. Se puede considerar como causa coincidente, pero no relevante o sin relación causal. 1-4 % 96-100 %

No hay relación causal (nulo, ninguno, ausente) 0 % 0 %

La concausa que mayores litigios provoca en relación con el traumatismo cervical es la hernia discal.

Hernia discal

En la valoración médico-legal de la hernia discal la primera cuestión que debe resolver el médico valorador es poder establecer el diagnóstico diferencial entre su origen traumático o degenerativo, y para ello nos ayudaremos nuevamente de los criterios médicos y los biomecánicos.

Criterios	Hernias discal aguda traumática	Hernia discal crónica degenerativa
Mecanismo lesional	alcançe posterior	proceso evolutivo degenerativo
Intensidad	alta velocidad	no influye
Cronológico	clínica aguda tras la colisión: dolor agudo intenso, afectación neurológica	clínica tardía de años de evolución: dolor progresivo, parestesias
Exclusión	Rx, RNM: normales	Rx, RNM: patología degenerativa
Frecuencia	5 %	95 %

Una vez establecida la etiología de la hernia, en el caso de que se concluya su origen traumático, no hay mayor dificultad y se realiza la valoración médico-legal según la tabla VI de la Ley 35/2015:

Cuadro clínico derivado de hernia discal correlacionable con el accidente 1-15

El problema surge cuando entendemos que su origen es degenerativo y, por lo tanto, se trata de una concausa, y en tal caso nos deberemos de plantear tres preguntas básicas:

1. ¿Resultado final del traumatismo sin el concurso de la hernia discal?

Tendremos en cuenta el criterio de intensidad: colisiones de baja, mediana, alta intensidad.

2. ¿Resultado final de la hernia sin el concurso del traumatismo?

Tendremos en cuenta el criterio de exclusión: intensidad de la patología degenerativa, presencia de varias hernias, intervenciones quirúrgicas previas, etc.

3. ¿Resultado final de la hernia con el concurso del traumatismo?

Esta es la pregunta que debemos responder y nos podemos encontrar con dos situaciones.

1. *Descompensación aguda de hernia discal crónica: clínica aguda con dolor y afectación neurológica (comprobada con EMG: signos agudos*

de sufrimiento neurógeno irritativo) que aparece en las primeras 24 horas tras la colisión por alcance y que requiere discectomía y/o artrodesis.

Se valora estableciendo el porcentaje de carga de causalidad clínica en función del criterio de intensidad, anamnesis, exploración física y pruebas complementarias.

2. *Descompensación crónica de hernia discal crónica: clínica subaguda con dolor sin afectación neurológica que aparece a partir de los 15 días (1.ª visita seguimiento).*
 1. *No requiere discectomía y/o artrodesis: se valora como agravación de artrosis.*
 2. *Si requiere discectomía y/o artrodesis: se valora estableciendo el porcentaje de carga de causalidad clínica en función del criterio de intensidad, anamnesis, exploración física y pruebas complementarias.*

2. Exploración física

Es el acto médico más importante en la valoración del daño corporal en general y en el traumatismo cervical en particular.

La exploración debe hacerse siguiendo una metodología adecuada, con el paciente inicialmente en posición sentada, con el tórax desnudo.

Los pilares básicos son la inspección, palpación, percusión y movilidad articular (activa, pasiva y contra resistencia).



Inspección

Con el lesionado desvestido de cintura hacia arriba y sentado en posición anatómica, nos situamos frente a él y realizamos una primera observación general del cuello valorando simetría bilateral de los músculos esternocleidomastoideos y trapecios, referencias de los triángulos anterior y posterior, presencia de asimetrías, deformaciones, lesiones cutáneas, cicatrices de intervenciones previas. Se pide al lesionado que mueva el cuello en flexión, extensión, rotaciones e inclinaciones observando la amplitud de los movimientos que deben ser suaves e indoloros. Acto seguido nos situamos detrás del paciente y realizamos la misma operación.

Palpación

Es importante una buena relajación de la musculatura cervical. La palpación se realiza por delante y por detrás, de forma bimanual y comparando ambos lados, y nos permite valorar contracturas musculares y puntos dolorosos.

Los músculos que más sufren son los extensores debido al movimiento de hiperextensión causante de las lesiones. En la palpación los músculos más fácilmente objetivables a la palpación son los del plano superficial (esplenio y trapecio). La contractura se palpa como un cordón duro, tenso y doloroso en el seno del vientre muscular.



Músculos extensores plano superficial

Músculo	Origen	Inserción	Acción
Esplenio	Apófisis espinosas C7-D1.	Línea nuca superior y mastoides.	Un solo músculo: extensión, inclinación y rotación hacia su lado. Dos músculos: extensión. Punto fijo en cráneo: <ul style="list-style-type: none"> Fascículos superiores: elevación cintura escapular. Fascículos medios: retropulsión cintura escapular. Fascículos inferiores: descenso cintura escapular.
Trapecio	1/3 interno línea curva occipital superior. Protuberancia occipital externa. Ligamento cervical común posterior y apófisis espinosas de la 7. ^a y primeras once dorsales.	Clavícula, acromion y espina del omóplato.	Punto fijo clavícula-omóplato: <ul style="list-style-type: none"> Inclinación cabeza hacia el mismo lado y rotación hacia el opuesto. Extensión del cuello.

Músculos extensores plano medio

Músculo	Origen	Inserción	Acción
Complejo mayor	Apófisis transversas 4-5 últimas vértebras cervicales y 5-6 primeras dorsales.	Parte interna del espacio entre las dos líneas curvas del occipital.	Un solo músculo: extensión con rotación hacia el lado puesto. Dos músculos: extensión.
Complejo menor	Apófisis transversas 4-5 últimas vértebras cervicales.	Borde posterior y vértice de la apófisis mastoides.	Un solo músculo: extensión con rotación hacia el lado puesto. Dos músculos: extensión.

Músculos extensores plano profundo

Músculo	Origen	Inserción	Acción
Transverso del cuello	Apófisis transversas D1-D5.	Apófisis espinosas C3-C7.	Extensión y rotación hacia el lado opuesto.
Recto mayor cabeza	Apófisis espinosa del axis.	Debajo de la línea curva inferior del occipital.	Un solo músculo: extensión, inclinación y rotación hacia su lado. Dos músculos: extensión.
Recto menor cabeza	Tubérculo posterior del atlas.	Debajo de la línea curva inferior del occipital.	Extensión.
Oblicuo mayor cabeza	Apófisis espinosa del axis.	Apófisis transversa del atlas.	Rotación hacia su lado.
Oblicuo menor cabeza	Tubérculo lateral del atlas.	Espacio entre las dos líneas curvas del occipital.	Inclinación lateral hacia su lado.
Intertransversos	Borde inferior apófisis transversa vértebra superior.	Borde superior apófisis transversa vértebra inferior.	Unilateral: inclinación hacia el mismo lado. Bilateral: extensión.

Músculos rotadores y flexores del cuello plano superficial

Músculo	Origen	Inserción	Acción
Esternocleidomastoideo	Apófisis mastoides y línea curva occipital	Cara anterior mango esternón y ¼ interno borde anterior clavícula	Un músculo: flexión, inclinación hacia su lado y rotación contralateral. Dos músculos: flexión.

Músculos rotadores y flexores del cuello plano profundo

Músculo	Origen	Inserción	Acción
Escaleno anterior	Apófisis transversas 3. ^a -6. ^a vértebras cervicales.	1. ^a costilla.	Punto fijo columna: accesorio inspirador. Punto fijo costillas: inclinación hacia su lado.
Escaleno medio	Apófisis transversas 2. ^a a 7. ^a vértebras cervicales.	1. ^a y 2. ^a costillas.	Punto fijo columna: accesorio inspirador. Punto fijo costillas: inclinación hacia su lado.
Escaleno posterior	Apófisis transversas 4. ^a a 6. ^a vértebras cervicales.	2. ^a costilla.	Punto fijo columna: accesorio inspirador. Punto fijo costillas: inclinación hacia su lado.
Recto lateral de la cabeza	Apófisis yugular occipital.	Tubérculo lateral del atlas.	Inclinación hacia su lado.

Músculos flexores del cuello

Músculo	Origen	Inserción	Acción
Recto anterior mayor	Apófisis basilar occipital.	Tubérculos anteriores apófisis transversas de 3. ^a a 6. ^a vértebra cervical.	Unilateral: flexión y rotación mismo lado. Bilateral: flexión.
Recto anterior menor		Masas laterales y tubérculo lateral atlas.	Unilateral: flexión e inclinación mismo lado. Bilateral: flexión.
Largo del cuello	Porción longitudinal: tubérculo anterior atlas. Porción oblicua descendente: tubérculo anterior atlas. Porción oblicua ascendente: tubérculo anterior atlas y apófisis transversas 4. ^a y 5. ^a vértebra cervical	Porción longitudinal: cara anterior cuerpos vertebrales hasta 2. ^a o 3. ^a dorsal. Porción oblicua descendente: tubérculo anterior apófisis transversa 3. ^a a 6. ^a cervical. Porción oblicua ascendente: cuerpos 2. ^a a 3. ^a dorsal.	Unilateral: flexión e inclinación mismo lado. Bilateral: flexión.

Percusión

Nos permite la exploración neurológica de los reflejos musculares profundos u osteotendinosos.

El lesionado debe estar relajado, recurriendo si es preciso a maniobras de distracción (cerrar un puño mientras exploramos los reflejos del otro brazo), y en una posición que permita el acceso del martillo de reflejos sobre los diferentes tendones, comparando ambos lados.

Reflejo	Percusión	Respuesta normal	Explora
Bicipital	Tendón bíceps con codo flexionado	Flexión antebrazo sobre el brazo	Raíces C5-C6 y nervio musculocutáneo
Tricipital	Tendón del tríceps con el codo flexionado	Extensión del antebrazo sobre el brazo	Explora raíz C7 y nervio radial
Estiloradial	Percusión apófisis estiloides del radio	Flexión y supinación del antebrazo	Explora raíces C5-C6 y nervio radial

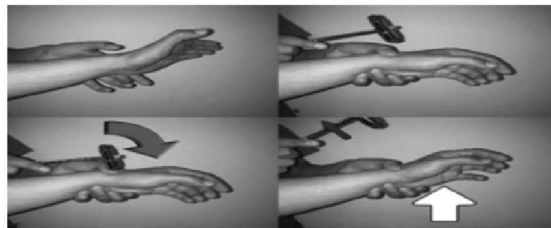
Bicipital



Tricipital



Estiloradial



Intensidad	Respuesta
0	Arreflexia
+ /++++	Hiporreflexia
++ /++++	Normal
+++ /++++	Hiperreflexia
++++ /++++	Clonus

Movilidad articular

Se debe explorar la movilidad activa, pasiva y contra resistencia valorando si esta es o no dolorosa.



No está justificado ni existe explicación anatomofisiológica por la que un traumatismo cervical sin lesiones anatómicas deje limitaciones de la movilidad articular.

Informe médico concluyente

Artículo 135, punto 2:

“La secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza solo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal”.

El *informe médico concluyente* no debe ser la transcripción y/o interpretación de un informe médico clínico realizado por el centro médico que realiza el seguimiento y tratamiento, sino que debe ser un informe de valoración médico-legal, realizado por médicos valoradores y fundamentado médico legalmente en una exploración física concluyente y que cumpla los criterios de causalidad genérica recogidos en el artículo 135 de la Ley 35/2015.

La secuela que del mismo se derive, o sea el dolor residual permanente, debe tener una base anatómica, fisiológica y biomecánica que la justifique.

Muchas teorías han intentado explicar el dolor permanente en el traumatismo cervical, aunque ninguna de ellas fundamentada en pruebas de imagen, que de momento es la única herramienta que tenemos para la objetivación de dichas lesiones.

Hasta el momento la única hipótesis plausible, con base anatómica y fisiológica que justifica el dolor sería el movimiento brusco de hiperextensión del cuello que provocaría la contractura de dichos músculos y que se debe objetivar como un cordón tenso, duro y doloroso a la palpación en el seno del vientre muscular, y la justificación biomecánica de esta contractura es una colisión de alta intensidad.

Lo demás son meras referencias, conjeturas o hipótesis no demostradas, con pruebas de imagen anodinas, y por lo tanto no se pueden considerar como secuela.

En definitiva ante la ausencia de pruebas médicas complementarias que puedan verificar el dolor, la secuela que derive de un traumatismo cervical menor se valorará en función del tiempo de estabilización o consolidación médico-legal, que es el momento que los tratamientos activos han terminado o cuando estos no son susceptibles de interferir en la evolución de las lesiones, y de la exploración física que debe objetivar una contractura en los músculos extensores, que se debe mostrar como un cordón duro, tenso y doloroso a la palpación.



POSVERDADES

En la introducción a esta ponencia definíamos la posverdad como aquella información o aseveración “que apela a las emociones, creencias o deseos del público” en lugar de a hechos objetivos.

Pues bien, en mi opinión, las posverdades que a continuación voy a exponer, efectivamente, obedecen más a cuestiones más relacionadas con la complacencia, ideas preestablecidas, evitar litigios, etc., que a hechos objetivos y demostrables.

Diagnósticos sobreañadidos

Son aquellos que se añaden al diagnóstico inicial y donde hay que establecer si se trata de un diagnóstico desapercibido, un diagnóstico independiente o una complicación de primer diagnóstico.



Entre los diagnósticos independientes más frecuentes asociados al traumatismo menor de la columna vertebral que podemos ver con mayor frecuencia en nuestra práctica médica diaria se encuentran los relacionados con la patología del manguito rotador, en concreto, la ruptura del tendón del supraespinoso.

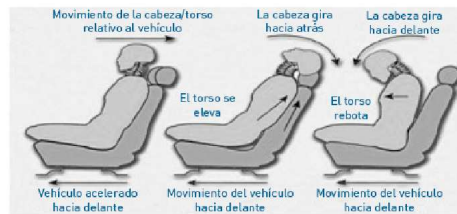
Rotura manguito rotador

El manguito rotador está formado por los tendones del músculo supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor, siendo la rotura más frecuente la del tendón del supraespinoso.

Roturas	Mecanismo lesional	Clínica
Crónicas degenerativas 90 %	Síndrome de Impegiment. Traumatismo directo: • impacto intenso en hombro.	Dolor subagudo, sobre todo nocturno sin impotencia funcional, en el transcurso del tiempo.
Agudas traumáticas 10 %	Traumatismo indirecto: • caída sobre el brazo extendido con hombro en abducción 60-120°. • movimiento brusco de tracción del hombro en abducción de 60-120°.	Dolor agudo intenso con impotencia funcional tras el traumatismo.

Colisión por alcance posterior versus rotura manguito

Biomecánicamente, la rotura del manguito rotador y en concreto la del tendón del supraespinoso es incompatible con una colisión por alcance posterior, y por lo tanto se trata de un diagnóstico sobreañadido en el transcurso del proceso asistencial.



Biomecánica lesional

Tronco y cintura escapular quedan protegidos por el respaldo del asiento. Tras la colisión, se generan fuerzas de dirección postero-anterior que se transmiten al respaldo del asiento provocando movimientos de desplazamiento según las siguientes fases:

1. Desplazamiento posterior de tronco y hombro acoplándose al respaldo del asiento. Físicamente en este movimiento no se generan fuerzas de impacto, tracción, torsión o elongación que puedan provocar lesiones en el manguito.
2. Desplazamiento hacia arriba con elevación de tronco y hombro acoplados al respaldo del asiento.

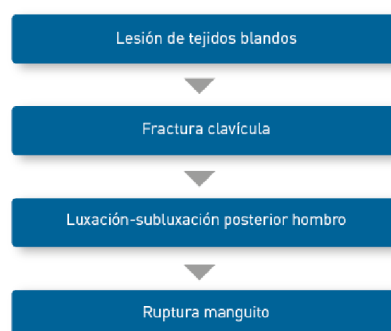
Físicamente en estos dos movimientos no se generan fuerzas de impacto o tracción que puedan provocar lesiones en el manguito.

3. Desplazamiento anterior de tronco quedando frenados por el cinturón de seguridad.

Físicamente en este movimiento no se generan fuerzas de impacto, tracción, torsión o elongación que puedan provocar lesiones en el manguito, y en función de la intensidad de la colisión y posición del ocupante en el vehículo se pueden generar fuerzas de compresión que tampoco son capaces de provocar lesiones de manguito de forma aislada.

1. Ocupante conductor y trasero izquierdo: fuerza de compresión hombro izquierdo.
2. Ocupante delantero y trasero derecho: fuerza compresión hombro derecho.
3. Ocupante trasero central: fuerzas de compresión región abdominal.

Estas fuerzas de compresión de mayor a menor intensidad provocarían:



Criterio cronológico

Las roturas agudas traumáticas del manguito rotador se manifiestan con clínica aguda en el momento del traumatismo en forma de dolor e importancia funcional.

Bibliografía

- Castiella, S., Barrueco, J., Flores, J., Lata, C., Doval, M. y Montor, A. Cartel "Hombro doloroso", Servicio de Rehabilitación del Hospital Juan Canalejo, La Coruña, con la colaboración de SANDOZ PHARMA S.A.E.
- Cobo, J. A. "Valoración del daño a las personas en accidentes de tráfico", *Colección de Medicina Forense para abogados*, vol. I, Editorial Bosch, 2010.
- Garrido Robres, J. A., García Ballesteros, J. G. y Martín Villuenda, A. B. *Exploración neurológica y atención primaria*, Elsevier Doyma Semergen, 2011, pp. 419-420.
- Gasque López, Jesús, Amorós Galitó, Esther y Pedrico Serradell, Montserrat. *Valoración de los diagnósticos que se van añadiendo en el transcurso del tiempo de curación. Controversias en valoración del daño corporal*, Instituto de Medicina Generalitat de Catalunya Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada Legal de Catalunya, 2014, p. 65.
- *Manual de reconstrucción de accidentes de tráfico*, Centro de Experimentación y Seguridad MAPFRE, CESVIMAP, 2006.
- Miguel Miranda, J. L. de. *Descripción del reposacabezas y evidencias científicas de su efectividad*, Centro Zaragoza-Instituto de Investigación sobre Reparación de Vehículos. Fundación Instituto Tecnológico para la Seguridad Vial, 2005, pp. 15-16.
- Represas Vázquez, C. *et al.* "Importancia de la biomecánica del impacto en la valoración pericial del síndrome del latigazo cervical", *Rev. Esp. Med. Legal*, 2015, p. 2.

2. PERJUICIO ESTÉTICO: CRITERIOS DE VALORACIÓN

Dr. Eduardo Costas Costas

INTRODUCCIÓN

Desde siempre la imagen corporal ha condicionado las relaciones interpersonales, pudiendo observar en muchas sociedades ejemplos de la estigmatización que sufrían aquellas personas con alteraciones estéticas relevantes. Ya el Antiguo Testamento, en el *Levítico*, recoge como Jehová se habría dirigido a Moisés y le habría indicado “que ningún deforme se me acerque al altar para ofrecerme el pan de Dios, porque si lo hace contamina mi santuario” (1, 2).

La imagen corporal ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia en nuestra sociedad. La preocupación por mantener o mejorar esta imagen, en ambos sexos y en todas las edades, ha llevado a destinar un mayor tiempo y recursos: ejercicio físico, dietas, cirugías y otros tratamientos estéticos, ropa y otros accesorios... Este aumento en la importancia de la imagen corporal ha llevado a una mayor preocupación frente a la posibilidad de su pérdida. Esto ha generado un aumento en la exigencia, tanto al perito como a los jueces, para una correcta valoración y resarcimiento de esta pérdida, cuando es secundaria a hechos traumáticos de los que deban responder terceros. Sin embargo, esta valoración es con frecuencia motivo de discrepancia entre las distintas partes de un proceso judicial, al existir un grado de subjetividad a la hora de cuantificar esta pérdida de imagen corporal. La vivencia de esta merma por parte del paciente contrasta en muchas ocasiones con la percepción que otros tienen de ella, e incluso esta varía según la persona que la observe. No debemos olvidar que si bien el daño estético es un daño objetivable por terceros, y por tanto mensurable, su percepción está sujeta a una serie de valores estéticos, con un gran componente subjetivo. El concepto de estética no es igual para todas las personas, variando en función de múltiples factores (edad, sexo, entorno...). Sin unas reglas detalladas y claras, es fácil que no exista consenso a la hora de cuantificar el grado de perjuicio estético que le resta a una persona tras un hecho traumático.

CONCEPTO DE PERJUICIO ESTÉTICO

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define *estética* como “disciplina que estudia la belleza y los fundamentos filosóficos del arte”. Sin embargo, como hemos indicado, la estética no es un valor absoluto, sino que añade unos criterios modales, grupales e incluso individuales. Lo “estético” puede variar, dependiendo de estos factores. Algo antiestético a día de hoy, en un grupo definido de la sociedad o en un determinado país, puede haber sido o ser estético en otro momento, en otro país o dentro de otro grupo específico (3).

Se han propuesto múltiples definiciones de perjuicio estético:

- Alonso Santos (1998) definió el daño estético como “toda irregularidad física o alteración corporal externa, visible y permanente que suponga fealdad ostensible a simple vista”, “así lo debe sentir el afectado, cuyo sentimiento de afectación será la base del daño y, por tanto, la del perjuicio” (4, 1).
- Aso Escario y Cobo Plana (2001) lo definieron como “la alteración del aspecto exterior visto de forma genérica y como grado de diferencia con lo normal”, “esta alteración del aspecto exterior provoca un efecto peyorativo en las personas que lo ven o en la propia persona que lo sufre” (3).
- Rodes Lloret y cols. (2015) lo definieron como “aquel menoscabo en la armonía y apariencia agradable a la vista de una persona” (5).
- La Ley 35/2015 define el perjuicio estético en su artículo 101 como “cualquier modificación que empeora 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” (6).

Habitualmente el concepto de perjuicio estético se suele asociar al derivado de las cicatrices. Sin embargo, el concepto de “deformidad” es un concepto amplio, de pérdida del patrimonio estético. Debe entenderse como alteración de la imagen corporal de esa persona, que será percibido por terceros por cualquier sentido (vista, oído, olfato o gusto).

Como recoge la Ley 35/2015, nos encontramos ante un perjuicio estético:

- *Estático*: percibido a simple vista, con solo observar al paciente, como cicatrices, pigmentaciones, deformidades, disimetrías y amputaciones.
- *Dinámico*: para ser visible, requiere una actuación por parte del paciente. Dentro de estos, podemos mencionar: los trastornos de la marcha, la postura o la expresión facial. Incluye aquellos que requieren una vía de percepción distinta de la visual: audibles, como resultado de alteración del habla; o relacionadas con el olor corporal, como colostomías en descarga o fístulas.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La valoración del perjuicio estético ha ido evolucionando a lo largo de los últimos años. En España el primer baremo que valoraba el perjuicio estético es de 1989 (Real Decreto 1575/1989), que realizó dicha valoración a partir de criterios dermatológicos, y sin diferenciarlos de los perjuicios psicofísicos (7). En 1991 un nuevo baremo recogió por primera vez el término de “perjuicio estético”, incluido en un capítulo especial, que distinguía seis grados, de “ligero” a “considerable”. En este baremo la puntuación era distinta según el sexo de la víctima. Asimismo, “para situaciones especiales con deformidades o cicatrices visibles importantes”, además de la edad y el sexo de la persona, se tenía en cuenta “la incidencia en su imagen para la profesión habitual”. Se valoraba igualmente “el coste de la reparación quirúrgica por cirugía plástica y reparadora” (8).

El baremo de la Ley 30/95 mantenía el capítulo especial del perjuicio estético, dividido en 6 grados, no realizando diferente puntuación según el sexo. El perjuicio estético “considerable” contaba con una puntuación mínima, sin indicarse su puntuación máxima (9).

El baremo del RDL 8/2004 recogía igualmente un capítulo especial para la valoración del perjuicio estético, independiente del daño funcional. Contenía una serie de reglas a la hora de valorarlo, sin poder tenerse en cuenta parámetros como la edad, sexo o profesión habitual. Se indicaba la necesidad de valorar todo el perjuicio estético, tanto el estático como el dinámico, existente en el momento de la sanidad/estabilización. Al igual que el anterior baremo, su resarcimiento era compatible con el coste de intervenciones de cirugía plástica correctora, siendo la imposibilidad de corrección/tratamiento un factor que intensificaba su importancia (10).

SITUACIÓN ACTUAL: LA LEY 35/2015

El 1 de enero de 2016 entró en vigor el actual baremo, recogido en la Ley 35/2015. Es de obligado cumplimiento para la valoración de los lesionados en accidentes de tráfico que tuviesen lugar con posterioridad a esta fecha. En su capítulo II establece una serie de reglas para la valoración del daño corporal, con tres tipos de indemnizaciones: por muerte, por secuelas y por lesiones temporales (6).

El artículo 93 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”. El cálculo de la indemnización deberá realizarse conforme a las disposiciones y reglas contenidas en este capítulo. La sección 2.^a recoge las “indemnizaciones por secuelas”, y establece varias subsecciones:

- por perjuicio personal básico: tabla 2.A;
- por perjuicio personal particular: tabla 2.B;
- y por perjuicio patrimonial: tabla 2.C, distinguiendo el daño emergente y el lucro cesante.

El artículo 96 establece que el baremo médico (tabla 2.A.1) contiene la relación de secuelas que integran “el perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial permanente”, e incluye un capítulo especial dedicado al perjuicio estético. La valoración del perjuicio psicofísico, orgánico o sensorial se realizará sobre un máximo de 100 puntos, mientras que la valoración del perjuicio estético se hará sobre un máximo de 50 puntos.

Reglas para la valoración del perjuicio estético

Se recogen en los artículos 101 a 103, en los que:

- Se insiste en el carácter autónomo e independiente del perjuicio estético: “Es un perjuicio distinto del psicofísico que le sirve de sustrato y comprende tanto la dimensión estática como la dinámica” (art. 101.1); “Si un perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial permanente comporta, a su vez, la existencia de un perjuicio estético, se fija separadamente la puntuación que corresponde a uno y a otro, sin que la asignada a la secuela psicofísica, orgánica y sensorial incorpore la ponderación de su repercusión antiestética” (art. 103.1). Por tanto, en aquellos casos en los que el perjuicio psicofísico tenga repercusión en la imagen corporal, esta debe ser valorada de forma separada, no pudiendo entender que la puntuación otorgada al perjuicio psicofísico va a incorporar su repercusión estética (capítulo especial).
- Se establece el momento de la valoración del perjuicio estético: como el existente al momento de la “finalización del proceso de curación del lesionado” (art. 101.2). Sin embargo, en ocasiones nos encontramos que este perjuicio estético puede variar en el tiempo, en función de diversas causas: cambios cromáticos en las cicatrices o mayor percepción en función de los

cambios cromáticos de la piel; cambios de alteraciones dinámicas en función de diversos factores (terreno, actividades, ayudas/apoyos, evolución del proceso), que serán necesarios tener en cuenta.

- La imposibilidad de corregir este perjuicio constituye una circunstancia que incrementa su intensidad (art. 101.3), como pueden ser aquellos casos de imposibilidad de adaptar prótesis en una amputación o en una pérdida dentaria, o de mejora de una cojera con un sistema de apoyo.
- El resarcimiento de este perjuicio estético es compatible con el del coste de las intervenciones de cirugía plástica necesarias para su corrección (art. 101.4).
- Se recoge igualmente la necesidad de una valoración global del perjuicio estético, sin poder atribuir a cada uno de sus componentes una puntuación concreta (art. 103.2).
- Ni el sexo ni la edad de la persona podrán ser tenidos en cuenta al valorar la intensidad del perjuicio estético (art. 103.3).
- Tampoco podrá ser tomada en cuenta para valorar su intensidad la incidencia que el perjuicio estético pueda tener sobre las diversas actividades del lesionado (art. 103.4). Estas repercusiones deben valorarse a través del perjuicio particular de pérdida de calidad de vida. Insiste aquí el baremo en la necesidad de discriminar los distintos perjuicios ocasionados por una secuela, debiendo valorar cada una de sus repercusiones en el apartado pertinente.

Grados de perjuicio estético

Se establecen seis grados de perjuicio estético (art. 102.2), asignándole a cada uno una horquilla de puntuación (capítulo especial de la tabla 2.A.1). Estas horquillas difieren de las existentes en el anterior baremo. Los grados se ordenan de mayor a menor, entendiendo el mayor como el máximo grado posible de perjuicio estético, y graduando los inferiores por comparación con el inmediatamente superior. En cada grado se facilitan una serie de ejemplos.

1. *Importantísimo*: “corresponde a un perjuicio estético de enorme gravedad, como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y las grandes alteraciones de la morfología facial o corporal”. Se establece una horquilla de 41 a 50 puntos, frente a 31-50 del anterior baremo.
2. *Muy importante*: “corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de dos extremidades o la tetraplejía”. Se establece una horquilla de 31 a 40 puntos, frente a 25-30 puntos del baremo anterior, denominado “bastante importante”.
3. *Importante*: “corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de alguna extremidad o la paraplejía”. Se establece una horquilla de 22 a 30 puntos, frente a 19-25 puntos del baremo anterior.
4. *Medio*: “corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de más de un dedo de las manos o de los pies, la cojera relevante o las cicatrices especialmente visibles en la zona facial

o extensas en otras zonas del cuerpo”. Se establece una horquilla de 14 a 21 puntos, siendo en el baremo anterior de 13-18 puntos.

5. *Moderado*: “corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que producen las cicatrices visibles en la zona facial, las cicatrices en otras zonas del cuerpo, la amputación de un dedo de las manos o de los pies o la cojera leve”. Se establece una horquilla de 7 a 13 puntos, siendo en el baremo anterior de 7-12 puntos.
6. *Ligero*: “corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que producen las pequeñas cicatrices situadas fuera de la zona facial”. Se establece una horquilla de 1 a 6 puntos, similar al baremo anterior.

Los perjuicios estéticos no recogidos en los ejemplos se asignarán a uno u otro grado “según criterios de proporcionalidad y analogía” (art. 102.3).

Se establecen igualmente los criterios que deben tenerse en cuenta para valorar el perjuicio estético, y asignarle una puntuación concreta dentro de cada grado (art. 102.1):

1. el grado de *visibilidad* ordinaria del perjuicio,
2. la *atracción* a la mirada de los demás,
3. la *reacción emotiva* que provoque
4. y la posibilidad de que ocasione una alteración en la *relación interpersonal* del perjudicado.

La puntuación global obtenida por perjuicio estético se lleva a la tabla 2.A.2 (“Baremo económico”), que fija el valor económico de cada punto en función de la edad del lesionado y de la puntuación estimada (art. 103.5). Como se ha indicado, este cálculo se realiza de forma independiente al del resto de perjuicios, sumándose posteriormente las cantidades económicas.

DAÑOS Y PERJUICIOS COMPLEMENTARIOS EN EL PERJUICIO ESTÉTICO

- Daños morales complementarios por perjuicio estético (art. 106): requiere un perjuicio estético de al menos 36 puntos. Esta indemnización se cuantifica a partir de una horquilla indemnizatoria recogida en la tabla 2.B (actualmente de 9.600 a 48.000 €). Para su cálculo se tendrá en cuenta tanto la extensión e intensidad del perjuicio estético, como la edad del lesionado, “sin que pueda tenerse en cuenta la afectación de sus actividades”, perjuicio que se recogerá en el correspondiente apartado.
- Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas (arts. 107 a 109): tiene por objeto “compensar el perjuicio moral particular que sufre la víctima por las secuelas que impiden o limitan su autonomía personal para realizar las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o su desarrollo personal mediante actividades específicas” (arts. 51 y 54). Recordemos que entre las actividades específicas del desarrollo se encuentran las relativas al disfrute o placer a la vida de relación, a la actividad sexual, al

ocio y al desempeño de una profesión o trabajo. Aquellos perjuicios estéticos que alteren alguna de estas actividades deben ser descritos y valorados. Se establecen cuatro grados (art. 108): muy grave, grave, moderado o leve, en función del grado de afectación de estas actividades. Cada uno de estos grados de perjuicio se cuantifica en la tabla 2.B, a partir de una horquilla indemnizatoria (art. 109).

QUIÉN DEBE VALORAR EL PERJUICIO ESTÉTICO

En la práctica diaria es habitual tener que realizar peritaciones de lesionados en accidentes de tráfico, agresiones físicas o accidentes laborales, con lesiones de diferentes tipos y gravedad, en los que además de restar secuelas que merman la capacidad psicofísica, existen secuelas que afectan al patrimonio estético y que han de valorarse. Nos encontramos ante un daño que, al igual que el psicofísico, afecta al patrimonio biológico de la persona, debiendo ser objetivado y cuantificado, con la finalidad de ser resarcido. Sin embargo, es un perjuicio biológico singular, requiriendo una serie de cuestiones a tener en cuenta para su correcta valoración (2).

Sin negar la objetividad del perjuicio estético, su valoración puede ser susceptible de estar condicionada por factores no exclusivamente objetivos, como la reacción emotiva que provoca (variable entre personas) y relativos al paciente (vivencia de dicho perjuicio). La valoración de una misma lesión anatómica permanente debería ser siempre similar, independientemente de si nos encontramos ante una secuela psicofísica o estética, la padezca quien la padezca y la valore quien la valore. Sin embargo, el perjuicio estético sigue siendo hoy día un problema en la valoración del daño corporal, quedando relegado generalmente a un segundo plano, sin establecerse de forma clara qué elementos debemos considerar para su correcta cuantificación, en contraposición a los esfuerzos que se han realizado en los baremos y bibliografía para la correcta valoración de los perjuicios psicofísicos.

En Europa existe una enorme disparidad en la valoración del daño estético. La peritación médica es muy importante en Bélgica, Luxemburgo, Italia y Francia. En otros países, como Gran Bretaña, Alemania, Irlanda y Holanda, la cuantificación es por parte del juez, a partir de la descripción detallada de las dolencias y secuelas que hace un médico. En Francia el perjuicio estético es atribuido en función de las consideraciones médicas, mediante una escala de siete grados, numérica y calificativa (11).

Algunos autores ponen en duda que el perito médico tenga que cuantificar el perjuicio estético, puesto que no es un perito experto en estética o en belleza corporal. Según estos autores, es función del perito precisar las circunstancias que llevaron a este daño (nexo de causalidad) y su descripción. El perito médico debe describir las alteraciones estéticas que presenta el lesionado, pero no se puede cuantificar este perjuicio a partir de conocimientos estrictamente científicos.

Por el contrario, otros autores entienden que debe ser el médico valorador el que realice tanto la descripción como una propuesta de cuantificación de este perjuicio estético. No debemos olvidar que el informe pericial debe exponer los distintos factores de interés (estado anterior, lesiones sufridas, tratamientos, evolución y estado final) y realizar una valoración razonada de estos perjuicios desde criterios médicos, estando sujeto a sana crítica.

Autores como Alonso Santos (12) defienden que es el perito médico el que lo debe valorar, ya que es el único que puede examinar y explorar detenidamente al paciente durante el acto de la peritación; es el único que tiene acceso a zonas dañadas escondidas habitualmente por la ropa; es el único que puede llegar a conocer, con base científica, la evolución de un determinado daño estético en el caso de que no sea definitivo (ej. niños) y las expectativas de posibles tratamientos, y de valorar de forma conjunta y global este perjuicio.

Asimismo, autores como Medina Crespo (12, 2) defienden que si bien es cierto que la cuestión del perjuicio estético cuenta con presupuestos de apreciación personal y social que trascienden estrictamente de la ciencia médica, es el perito médico el que debe completar su informe pericial con su descripción, y una estimación de la intensidad de este perjuicio, de acuerdo con el capítulo especial.

Autores como Aso Escario y Cobo Plana (3) señalan que la “diferencia con lo normal” que supone el perjuicio estético “puede describirse y la ciencia biomédica tiene los recursos necesarios para hacerlo”. Coinciden en que es el perito médico el que va a poder obtener más elementos para la descripción y cuantificación de este perjuicio, a partir de la exploración, pudiendo incluso aportar soportes de imagen (fotografías, dibujos, esquemas, videos...) para su percepción por terceros. Reconocen que el perito médico “no tiene capacidad diferente de cualquier otra persona para medir la fealdad, el efecto en otras personas o, lo que sería lo mismo, el grado de deformidad”, y que cualquier valoración realizada por un médico en una prueba pericial sobre perjuicio estético sería tributaria de confrontarse en igualdad a la que pudiera realizar cualquier otra persona que no fuese parte en el procedimiento. Sin embargo, “los datos biomédicos, la preparación médica y el acceso al enfermo son esenciales para valorar esa impresión de deformidad”.

Sin embargo, no debemos olvidar que la percepción del perjuicio estético va a estar condicionada por una triple subjetividad:

- **La del lesionado: que tiene su propia vivencia del problema.**
- **La del perito médico: que trata de objetivar y cuantificar este perjuicio.**
- **La del juzgador: que, finalmente, a la vista de las periciales y de su propia percepción, decidirá en sentencia sobre la cuantificación de este perjuicio.**

En relación con esta percepción del perjuicio estético, y la posibilidad de ser valorada por distintos colectivos, debemos mencionar el estudio realizado por Rodes Lloret y cols. (12, 13), en el que sometieron cuatro casos con una única cicatriz, de distintas características y en distintas localizaciones, a tres grupos poblacionales distintas: médicos que profesionalmente trabajaban en valoración del daño corporal (médicos forenses y otros peritos médicos), profesionales del derecho (jueces, magistrados, fiscales y abogados) y un tercer grupo formado por el resto de población (principalmente estudiantes universitarios y profesionales sanitarios no relacionados con la valoración del daño corporal). Previamente se les explicaron/recordaron las normas de valoración. Destacó en este estudio la valoración realizada de forma genérica en los cuatro casos por los peritos médicos, muy por debajo de los otros dos grupos, seguidos del colectivo jurídico, y estos algo por debajo del resto de población. La media de valoración realizada por el grupo de peritos médicos era de alrededor de la mitad de puntos que la realizada por los otros colectivos. No se vieron diferencias significativas entre las puntuaciones realizadas por los médicos forenses y los otros peritos médicos, puntuando de forma muy similar en los cuatro casos. Argumentaban que esta menor puntuación del grupo de peritos médicos podía ser debida al progresivo acúmulo de

experiencia, que por comparación y reiteración disminuía la valoración del perjuicio estético derivado de una única cicatriz. Las puntuaciones realizadas por jueces y fiscales habían sido igualmente similares, destacando las puntuaciones realizadas por abogados con ejercicio profesional privado, superiores a las de los abogados de compañías aseguradoras.

VALORACIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO EN LA PRÁCTICA HABITUAL

Para valorar el daño estético debemos, en primer lugar, describir con detalle todo el daño que observamos durante la exploración (descripción) y, posteriormente, valorar la intensidad de este daño, al compararlo con una escala o baremo de referencia (cuantificación). Para asegurar la equidad de la indemnización se hace indispensable medir este daño estético y cuantificarlo desde criterios objetivos. Medir es una de las actividades fundamentales del perito médico, ya que es tras medir cuando puede evaluar, calificar y ofrecer elementos de juicio para una correcta valoración.

La descripción debe ser minuciosa y detallada, recogiendo tanto su localización como sus diferentes características, estáticas y dinámicas. Debemos desterrar el concepto de perjuicio estético como un daño estático, valorando únicamente cicatrices, discromías o cambios en la morfología de una región corporal. No debemos obviar que el perjuicio estético dinámico es en ocasiones de mayor importancia que el estático, al tener una mayor repercusión en la imagen de esa persona, en cómo los demás la ven y su repercusión en las relaciones interpersonales.

Aso Escario y Cobo Plana (3) proponen varios pasos dentro de esta descripción:

- **Descripción de cicatrices: número y localización, morfología y tamaño, nivel de hipertrofia-hipotrofia-atrofia, nivel de alteración cromática, nivel de alteración estructural, variabilidad con el movimiento y opción de cirugía plástica reparadora, con indicación previsible del grado de reparación.**
- **Descripción de alteraciones estáticas por otras deformidades: amputaciones, consolidaciones viciosas, asimetrías. Especial trascendencia reviste en este capítulo la valoración de prótesis u ortesis con objetivo estético, y la consideración de periodos de sustitución/vida media de estas.**
- **Descripción de las alteraciones dinámicas: alteraciones de la expresión corporal secundarias a diversas lesiones (ej. parálisis o paresias), las relacionadas con el funcionamiento psíquico, con el nivel de rendimiento intelectual..., que provocan alteración en la imagen del individuo afectado.**

Es importante describir si la zona o zonas son visibles de forma permanente o no, y si lo son a corta o a larga distancia. Se exceptúan las lesiones que están ocultas por elementos de nuestra propia anatomía, como las que se producen en la cara interna de los labios. Existen varias clasificaciones según la región corporal afectada (14, 3). Entre ellas, nombraremos la clasificación propuesta por Aso Escario y Cobo Plana, que describen seis regiones corporales (1):

- **Zona supervisible de la cara: óvalo facial.**
- **Zonas habitualmente descubiertas: como manos y cuello, o piernas en la mujer.**

- Zonas visibles con cierta frecuencia: brazos y cuero cabelludo.
- Zonas visibles con la práctica deportiva: tórax y abdomen, o piernas en el hombre.
- Zonas visibles en el caso de desnudez: nalgas, pubis, cara interna de los muslos.
- Zonas raramente visibles: plantas de los pies y axilas.

El perjuicio estético se caracteriza por la posibilidad de ser visualizado por terceros. Es importante tener en cuenta desde qué distancia son perceptibles estos defectos. Cuanto menor sea, más relevante será el perjuicio. No debemos olvidar que las propias normas de valoración recogen como un criterio de cuantificación “el grado de visibilidad ordinaria del perjuicio” (art. 102.1). Autores como Jorge Bermúdez (15) y Rouge y cols. (5), distinguen una distancia que denominan “distancia íntima”, en la que el perjuicio es visible a 50 cm; y una “distancia social”, en la que el perjuicio es visible a 3 m. En su descripción, el perito deberá recoger a partir de qué distancia es visible: íntima, conversacional, o por encima de esta.

Rodes Lloret y cols. (5) proponen un método para la valoración del perjuicio estético producido por una única cicatriz, en la que tienen en cuenta:

- La localización: distinguen nueve regiones corporales, proponiendo una puntuación máxima en cada una desde la región facial, con 70 puntos, hasta la planta de pie y axila, con 1 punto.
- La longitud: estableciendo de forma orientativa 1 punto por cada cm, hasta un máximo de 10 puntos.
- La distancia a partir de la que es visible, estableciendo una puntuación orientativa: a 5 m o más (20 puntos), con valores progresivamente inferiores hasta las que solo son visibles a 50 cm (3 puntos).
- Una serie de factores correctores que aumentan o disminuyen el valor de la puntuación obtenida en función de la coloración (no destaca, destaca ligeramente, destaca moderadamente, destaca mucho o destaca intensamente) y de una posible deformidad (no deformidad, ligera deformidad, moderada deformidad, gran deformidad e intensa deformidad).

A partir de estos parámetros establecen una puntuación sobre 100, que debe dividirse entre 2 para ser llevada al baremo.

Lluisa Puig Basili y cols. (16) proponen un método para valorar el perjuicio estético causado por amputaciones en las extremidades. Establecieron una puntuación máxima y mínima en función de la parte amputada: falanges distales, dedos, mano-pie, codo-rodilla o amputación de la extremidad. Estiman un mayor grado de perjuicio estético en las amputaciones de las extremidades superiores sobre las inferiores, y de la amputación del 2.º-3.º-4.º dedos de la mano sobre las del 1.º dedo (en contraposición a la funcionalidad). Establecen una serie de ejemplos, proponiendo una puntuación de acuerdo con el baremo recogido en el RDL 8/2004. Subdividen el daño estético importantísimo en cinco grados.

Rodríguez Valiente y Vázquez Sasot (11) proponen un baremo, adaptando las propuestas de otros

autores al RDL 8/2004, en el que diferencian tres categorías:

- *Alteraciones en la piel*, que incluyen cicatrices y quemaduras. Para su valoración tienen en cuenta:
 - El área afectada: dividen la superficie corporal en cuatro áreas, dependiendo del grado de visibilidad:
 - área 1: triángulo central de la cara, abarcando ojos-nariz-boca;
 - área 2: resto de cara: frente-orejas-mejillas, así como cuello y manos;
 - área 3: escote, miembros superiores y miembros inferiores, incluido dorso de pies; y
 - área 4: tronco, genitales, glúteos, cabeza oculta y planta de los pies.
 - Las características de la lesión: tamaño (longitud y anchura), forma (normal, atrófica, hipertrófica, queloide), y color (normocrómica, hipocrómica o hiperocrómica).
- *Amputaciones y pérdidas de sustancia* diferencian varias localizaciones: cabeza, miembros superiores, miembros inferiores, mama y genitales. Dentro de estas localizaciones, su gradación depende de la extensión. Establecen una serie de ejemplos con cuantificación directa en la tabla. Si la pérdida de sustancia se circunscribe a la piel, se engloba dentro de la anterior categoría.
- *Alteraciones dinámicas*, en las que diferencian tres aspectos: marcha, postura y expresión, y el habla, facilitando una serie de ejemplos en cada uno y su gradación en la tabla.

Facilitan una serie de ejemplos, recogidos en tablas, con propuesta de gradación dentro del baremo. De existir varios perjuicios estéticos derivados del mismo accidente, proponen cuantificar cada uno de ellos por separado y utilizar posteriormente la tabla de secuelas concurrentes, método no respaldado por las normas de valoración del perjuicio estético del actual baremo (art. 103.2). Estos autores reconocen que las reglas del RDL 8/2004 no permitían este método, aspecto que dificulta una valoración objetiva y facilita la arbitrariedad a la hora de cuantificar dicho perjuicio. Asimismo, reconocen que la suma de pequeños perjuicios estéticos podría llevar a puntuaciones similares a otros perjuicios estéticos únicos de mayor relevancia.

Otros parámetros que deben ser tenidos en cuenta en la valoración el perjuicio estético son la atracción de la mirada de los demás, y la reacción emotiva que provoca, así como la posibilidad de que pueda alterar las relaciones interpersonales. Podemos distinguir varias posibles respuestas en el observador: de normalidad, de indiferencia, de pena y de repulsa/rechazo. Esta respuesta debe valorarse tanto en la dimensión estática como en la dinámica del perjuicio estético. Nos encontramos, por ejemplo, ante secuelas psíquicas o de la mímica facial, que interfieren en la imagen previa que tenía este paciente, y que alterarán su relación con los demás, verbalizando incluso los que lo conocían “ya no es lo que era”, “es otra persona”.

Aso Escario y Cobo Plana (3) hablan de “impresión de deformidad”, insistiendo en la necesidad de considerar el efecto que provoca esta alteración en las personas con las cuales debe relacionarse

en los distintos ámbitos: familiar, sexual, laboral o en otros aspectos sociales. Para valorarlo debe considerarse el efecto medio que esta alteración puede provocar en las distintas personas. Proponen una escala normalizada de medida de la intensidad de la deformidad, con dos ejes: un eje mayor y un eje menor. El eje mayor valora el efecto que esta alteración del aspecto exterior provoca en las personas que lo observan, utilizando varios parámetros:

- el nivel de comprobación visual del defecto: hasta qué punto se ve o se percibe esta alteración de la imagen;
- el nivel de tendencia de la mirada a fijarse sobre el mismo: mide la intensidad de esa modificación en tanto en cuanto es capaz de atraer nuestra atención visual;
- el nivel del recuerdo en la imagen del lesionado: cómo lo define en nuestro recuerdo;
- el nivel de emoción que provoca; y
- cómo esta puede afectar a la relación interpersonal.

A partir de estos parámetros proponen una tabla con una serie de criterios de intensidad, y su correspondencia en la tabla de perjuicio estético. Proponen un eje menor, con factores de corrección para individualizar el daño (ej. ámbito en el que se observa esa deformidad: deporte, familiar...).

Una vez descrito y cuantificado el perjuicio estético, deberán indicarse aquellos factores a tener en cuenta:

- posibilidad de daños morales complementarios,
- perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas y
- posibilidad de tratamientos futuros.

Deberá describirse la necesidad, conveniencia, adecuación y consejo de cualquier tratamiento que se relacione con el hecho traumático de interés (3). En ocasiones, nos encontraremos ante tratamientos que requieren esperar a que el paciente finalice el crecimiento (niños), o a un mayor periodo del necesario para la estabilización lesional (ej. rinoplastia). Igualmente debemos tener en cuenta que la ciencia médica está en continuo avance, y las recomendaciones y tratamientos pueden variar. En los casos de reparaciones o restauraciones, deberá valorarse la vida media de los elementos utilizados (prótesis o similares), y la posibilidad de requerir nuevos tratamientos futuros (ej. composite, esqueléticos, coronas protésicas o prótesis implanto-soportadas).

CONCLUSIONES

1. La valoración del menoscabo estético es foco de gran controversia entre las partes implicadas, dada la dificultad en muchas ocasiones de una objetivización clara.
2. Como peritos, nuestra función es describir este perjuicio, informar de su grado de visibilidad y de su intensidad (cuantificación).

3. Deberán describirse tanto las alteraciones estáticas (cicatrices, amputaciones, asimetrías y alteraciones de la línea media), como las dinámicas (percibidas por visualización o por otros sistemas sensoriales, como audición u olfato).
4. Deberán describirse tanto su localización como su visualización (distancia, actividad o movimiento en el que se visualiza), y sus características (morfología, relación con estructuras vecinas).
5. El actual baremo insiste en la autonomía e independencia de la valoración del perjuicio estético. Aunque una secuela ya haya sido valorada en otro capítulo de la tabla, sí produce una repercusión estética, esta deberá valorarse igualmente en el capítulo especial, no pudiendo entender que la primera valoración contiene ya la repercusión estética.
6. Establece seis grados, con una serie de ejemplos para cada uno de los grados, que facilita la labor del perito. Se echan en falta un mayor número de ejemplos, así como sistematizar una serie de reglas para incluir cualquier perjuicio estético dentro de unos de estos grados “según criterios de proporcionalidad y analogía”.
7. Recoge como factores a tener en cuenta: la atracción de la mirada de los demás y la reacción emotiva que provoca en la gente. Estos criterios no están exentos de subjetividad, lo que dificulta una valoración bajo criterios exclusivamente objetivos.
8. La necesidad de una valoración conjunta y ponderada, sin poder atribuir a cada uno de sus componentes una puntuación concreta, dificulta la valoración en aquellos casos en los que el perjuicio estético deriva de varios daños. Los ejemplos facilitados permiten establecer un mínimo de puntuación, en función del perjuicio individual de mayor gravedad, pero no se facilitan elementos concretos para cuantificar de forma global este perjuicio estético a partir de varios elementos.
9. Los distintos métodos propuestos en la bibliografía se centran en la valoración de perjuicios estéticos producidos por un único daño (cicatriz, amputación), o establecen unas reglas de valoración a partir de la cuantificación de cada uno de los elementos, método no permitido en la actual ley.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estévez Jiménez, Ángel. “El daño estético, un daño particular. Análisis desde el punto de vista valorativo al amparo de la Ley 34/2003”. Máster oficial en Valoración del Daño Corporal, Daño Cerebral y Discapacidades, Universidad Europea de Madrid, 2006-2008.
2. El resarcimiento de los perjuicios personales causados por la lesión permanente (II). El primer nivel de la individualización perjudicial: los perjuicios ordinarios causados por el perjuicio estético (capítulo especial de la

Tabla VI) en Medina Crespo, Mariano. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, tomo II. Editorial Bosch, 2012, pp. 809-823.

3. Aso Escario, José y Cobo Plana, Juan Antonio. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación: análisis médico forense del anexo a la Ley 30/95*, 2.^a edición, Editorial Masson, 2001, pp. 315-331.
4. Bares Jalón, Victoria, Arnaiz Seco, M.^a Dolores y García Espinosa, Carmen. “El perjuicio estético en el nuevo baremo”, *Revista Nacional de Medicina Legal*, 2015; 41(4), pp. 208-211.
5. Rodes Lloret, F., Sánchez Navas, L. D., Borrás Rocher, F., Pastor Bravo, M. y Cañete de Silva, Z. “Propuesta de un método para la valoración médico-legal del perjuicio estético por cicatrices”, *Cuadernos de Medicina Forense*, 2013; 19(1-2), pp. 13-19.
6. 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, 267, de 05-11-15).
7. R.D. 1575/1989, por el que se aprueba el reglamento del seguro obligatorio de viajeros (BOE, 311, de 28-12-89).
8. Orden de 5 de marzo de 1991, por la que se da publicidad a un sistema para la valoración de los daños personales en el seguro de responsabilidad civil ocasionado por medio de vehículos a motor, y se considera al mismo como procedimiento apto para calcular las provisiones técnicas para siniestros o prestaciones pendientes correspondientes a dicho seguro (BOE, 60, de 11-03-91).
9. Ley 30/1995, de 8 de noviembre del 1995, de ordenación y supervisión de los seguros privados (BOE, 268, de 09-11-95).
10. R.D.L. 8/2004, de 29 de octubre de 2004, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (BOE, 267, de 05-11-04).
11. Rodríguez Valiente, A. y Vázquez Sasot, A. “Revisión y crítica de la valoración del daño estético. Propuesta de un nuevo baremo”, *Cuadernos de Medicina Forense*, 2014; 20(1), pp. 26-35.
12. Rodes Lloret, F., Sánchez Navas, L. D., Pastor Bravo, M., Cañete de Silva, Z. y Dorado Fernández, E. “Valoración del perjuicio estético por cicatrices entre diferentes colectivos”, *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*, 21(2015), pp. 21-35.
13. Rodes Lloret, F., Sánchez Navas, L. D., Pastor Bravo, M., Cañete de Silva, Z., Borrás Rocher, F. y Dorado Fernández, E. “Valoración del perjuicio estético por cicatrices por médicos forenses de diferentes institutos de medicina legal”, *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*, 19(2013), pp. 19-34.

14. Pujol Robinat, Amadeo, Barbería Marcalain, Eneko, Medallo Muñiz, Jordi y Vidal Gutiérrez, Claudina. “Valoración del daño estético: criterios evaluadores”, *Controversias en valoración del daño corporal*, Instituto de Medicina Legal de Cataluña, 2014, pp. 103-115.
15. Bermúdez, Jorge. “Valoración del daño estético por cicatrices”, *Cuadernos de Valoración*, Sociedad Española de Valoración del Daño Corporal, 3(2004), pp. 35-42.
16. Puig Bausili, Lluisa, Pujol Robinat, Amadeo, Corrons Perramón, Jordina y Medallo Muñiz, Jordi. “Valoración del daño estético en las amputaciones”, *Revista Española de Medicina Legal*, 2011; 37(3), pp. 90-96.

3. PRÓTESIS EN AMPUTADOS: CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES PERSONALES DEL LESIONADO (ART. 115.3)

Dra. Silvia Reche Caballero

INTRODUCCIÓN

La pérdida anatómica que conlleva una amputación se acompaña de una relevante disminución de las capacidades funcionales de la persona alterando su rol en la sociedad y provocando un indudable impacto psicológico, personal y familiar.

Para los médicos especialistas en medicina física y rehabilitación, la amputación no es el final del camino, es el comienzo de un proceso que nos llevará a poner en práctica todos nuestros conocimientos para minimizar las consecuencias del déficit, debiendo tener en cuenta los requerimientos funcionales reales del paciente. Esto obliga a los médicos especialistas en rehabilitación a un continuo esfuerzo formativo.

La necesidad de una formación continuada en el mundo de la ortoprótesis está a la orden del día. La repercusión mediática de estos avances tecnológicos lo avala el hecho de que en el año 2016 el premio Princesa de Asturias de Investigación y Ciencia Técnica fuese concedido a Hugg Herr, escalador que perdió sus piernas practicando montañismo, [ingeniero](#) y profesor de [Biofísica](#) estadounidense. Se hizo famoso por sus avances en ingeniería biomecánica diseñando prótesis de tecnología avanzada.



Se podría entonces pensar que solo se puede superar las dificultades que conlleva una amputación si se puede protetizar a una persona que ha sufrido la pérdida de parte de un miembro con los últimos avances tecnológicos. Para rebatir ese pensamiento quiero recordar la figura de Blas de Lezo y Olabarrieta (1704-1741), el llamado "medio hombre", almirante español considerado uno de los mejores estrategas de la historia de la Armada española. Famoso por dirigir, junto con el virrey Sebastián de Eslava, la defensa de Cartagena de Indias durante el asedio británico de 1741. Ejemplo de superación y de esfuerzo máxime si pensamos que esa proeza la logró faltándole parte de un brazo, pierna y sin visión por un ojo.



En rehabilitación el enfoque interdisciplinar de los problemas que acontece en torno a un paciente amputado forma parte de nuestra práctica habitual. No en vano, nuestra formación nos permite orquestar los diferentes recursos a nuestro alcance con el objetivo de minimizar las consecuencias del déficit o, en su defecto, lograr la máxima integración del mismo en las posibilidades funcionales reales del paciente. Por esta razón es clásica la promoción de equipos multidisciplinares para prestar una asistencia sanitaria integral al paciente amputado.

Por otro lado, debemos erradicar la idea de que el mejor resultado funcional en un paciente amputado solo se logrará si centramos exclusivamente nuestra atención en aspectos meramente ortoprotésicos y obviamos fases fundamentales en el proceso rehabilitador del paciente previas al proceso de protetización.

El futuro inmediato nos sitúa probablemente en un entorno de actuación distinto que nos obliga a conocer los últimos avances en el mundo de la ortopedia para pacientes amputados.

Necesidades del paciente amputado. Criterio de actuación

En el preámbulo 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 se hace mención a la necesidad de actualización por el tiempo transcurrido desde la última ley y la necesidad de

alcanzar con la misma el concepto de indemnización suficiente.

Concretamente, el artículo 115 es el que especifica lo relacionado con necesidades del paciente amputado. Queda registrado así.

“Prótesis y órtesis.

1. Se resarce directamente al lesionado el importe de las prótesis y órtesis que, por el correspondiente informe médico, precise el lesionado a lo largo de su vida.
2. La necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de prótesis y órtesis futuras deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico desde la fecha de estabilización de las secuelas.
3. La valoración tendrá en cuenta el tipo de secuela, la edad del lesionado, la periodicidad de la renovación de la prótesis u órtesis en función de su vida útil y el coste de las mismas, atendiendo a las necesidades y circunstancias personales del lesionado.
4. El importe máximo resarcible es el fijado en la tabla 2.C para este tipo de gastos.
5. El importe de estos gastos se podrá indemnizar en forma de capital utilizándose el correspondiente factor actuarial de conversión establecido en la tabla técnica de coeficientes de capitalización de prótesis y órtesis incluida en las bases técnicas actuariales a las que se refiere el artículo 48”.

Es decir, se asegura así la cobertura de las necesidades ortoprotésicas actuales y futuras de aquella persona que pudiese sufrir una amputación en un accidente de circulación.

Se ha planteado la necesidad de “revisar si la asistencia sanitaria prestada por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, en los supuestos de accidente de trabajo o enfermedad profesional (contingencias profesionales), se debe o no ajustar estrictamente al Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. O, por el contrario, continúa vigente para estas contingencias el tradicional principio consagrado legal y jurisprudencialmente de reparación íntegra del daño”.

La amputación de causa traumática o la amputación programada por lesiones catastróficas de miembro superior o inferior representan el principal volumen de pacientes amputados en el contexto de las mutuas de accidentes de trabajo.

En nuestro hospital Fremap hemos venimos atendiendo a un volumen creciente de personas que han sufrido una amputación de origen traumático. No es desdeñable que, como muchos estudios epidemiológicos reafirman, este tipo de lesión acontece predominantemente en clases sociales más desfavorecidas, con lo que las repercusiones de índole psicosocial alcanzan una mayor relevancia.

En los pacientes que sufren amputación de miembro inferior, la creciente complejidad de los diseños protésicos (fundamentalmente articulaciones protésicas controladas por microprocesadores) que la industria ortopédica pone en el mercado origina un espacio de difícil precisión a la

hora de prescribir los distintos elementos protésicos que van a integrar la prótesis de cada paciente.

Es resaltable la creciente demanda por parte de los pacientes de prótesis complejas, de muy elevado coste, que exigen un minucioso y costoso mantenimiento, generándose así una situación muy delicada tanto para los profesionales como para una institución como la nuestra, sujeta a una regulación presupuestaria.

Por otro lado, es sensato pensar que la prescripción médica por parte del especialista en rehabilitación es imprescindible a la hora de orientar al paciente sobre el tipo de elemento protésico más adecuado para su nivel de amputación, teniendo en cuenta su capacidad funcional. No siempre por prescribir el elemento protésico más caro debemos pensar que la recuperación funcional será mejor o más rápida o que elementos protésicos tecnológicamente muy avanzados cambiarán la situación funcional del amputado antes de sufrir el accidente.

No se debe olvidar ni obviar la importancia vital de las etapas previas al momento de la prescripción protésica. Estas etapas son de obligado cumplimiento por parte del paciente y de necesario seguimiento por parte del médico especialista en rehabilitación. Concretamente nos referimos al cuidado del muñón de amputación, preparación del mismo para la adaptación protésica, tratamiento farmacológico necesario para el control de la sensación del miembro fantasma o dolor de miembro fantasma, tratamiento en sala de fisioterapia...; en resumen, hablamos de la rehabilitación preprotésica.

Por último, la existencia de graves problemas psicosociales, añadidos al menoscabo funcional, exige la participación de trabajadores sociales y psicólogos que asuman la competencia de la valoración y el apoyo en ambas áreas, en un entorno de consenso y coordinación con el resto de profesionales.

Fruto de este análisis y la circunstancia de contar con un elevado, y creciente, número de pacientes portadores de diversos niveles de amputación, nuestro hospital puso en marcha la Unidad de Amputados del Hospital de Majadahonda (UAHM). Unidad multidisciplinar especializada en el manejo y tratamiento del proceso rehabilitador del paciente amputado en el contexto de un accidente laboral. Dicha unidad está formada por los médicos rehabilitadores del Servicio de Rehabilitación, jefe de Ortoprésis, Psicología y Trabajo Social del Hospital.

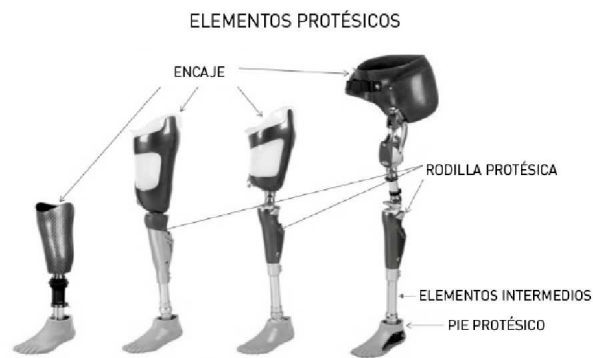
Los objetivos de la UAHM son el análisis multidisciplinar del amputado, seguimiento multidisciplinar de los pacientes amputados, seguimiento de las innovaciones tecnológicas, orientación y asesoramiento en el marco de la rehabilitación del paciente amputado, y elaboración de documentos de consenso en relación con el paciente amputado.

Dentro de las etapas desde el punto de vista de la rehabilitación donde la UAHM tiene más utilidad sin lugar a dudas está en el momento de la prescripción protésica.

En la charla de hoy hablaremos exclusivamente de los amputados de miembro inferior.

Los *niveles de amputación de miembro inferior* están bien definidos y es responsabilidad del cirujano ortopédico conocer la técnica quirúrgica exacta que luego permitirá una correcta adaptación protésica (amputaciones parciales de pie. Desarticulación de tobillo/amputación de Syme. Amputación *transtibial*. Desarticulación de rodilla. Amputación *transfemoral* Desarticulación de cadera hemipelvectomía).

Elementos protésicos: encaje, sistema de suspensión, rodilla protésica, elementos intermedios y pie protésico.



Sin lugar a dudas, los amputados de miembro inferior que no pueden conservar la rodilla se enfrentarán a problemas específicos que no existen en otros niveles de amputación.

Es por este motivo por el que muchos de los avances tecnológicos se han centrado en el desarrollo de rodillas protésicas que intentasen simular al máximo el funcionamiento de la rodilla humana. Este tipo de rodilla protésicas son las llamadas rodillas inteligentes o rodillas controladas por microprocesador.

Independientemente de que la rodilla protésica esté o no controlada por microprocesador, necesariamente la principal característica que tiene que tener una rodilla protésica es la seguridad. Debe evitar la flexión de la misma durante la fase de apoyo.



Las rodillas protésicas pueden ser mecánicas con control de la fase de apoyo, fase de balanceo, o en ambas fases. Pueden ser igualmente rodillas monoaxiales o poliaxiales. Existen también rodillas con control por fluidos (neumáticas, hidráulicas). Existen mecanismos electrónicos de control de fluidos.

Las rodillas protésicas controladas por microprocesador usan los mismos sistemas fundamentales de control hidráulico y neumático que están integrados con rodillas sin microprocesador, pero están diseñadas para permitir que la velocidad de la rodilla protésica cambie automáticamente, de acuerdo con la velocidad de marcha del paciente con amputación. Un dispositivo, instalado en la articulación artificial de la rodilla, detecta la velocidad de oscilación de la rodilla protésica y un microprocesador, incorporado en el marco de la rodilla, envía un mensaje a un motor que ajusta automáticamente el diámetro del orificio de la válvula del cilindro neumático que tiene la rodilla protésica.

Durante la década de 1970 la investigación en el campo de las articulaciones de rodilla computarizadas comenzó en el entorno universitario. A finales de los años ochenta y principios de los noventa, varias compañías de prótesis comenzaron a trabajar en las primeras articulaciones de

rodilla controlada por microprocesador. Fue a finales de la década de los noventa cuando se introdujeron en el mercado nuevos modelos de rodillas con microprocesador que proporcionaban control de fase de balanceo y fase de apoyo. Esta mejora aumentó drásticamente la aceptación por parte de los pacientes amputados transfemorales.

El usuario gana confianza para caminar por rampas y escaleras paso a paso, atravesar terreno irregular y caminar con cadencia variable, y tenían la libertad de llevar un estilo de vida normal y activo sin tener que concentrarse en cada paso con la prótesis para realizar actividades de la vida diaria.

Las rodillas controladas por microprocesador tienen su indicación. Según la clasificación funcional MEDICARE se establecen los siguientes niveles:

- **Nivel 0.** No tiene la capacidad o el potencial para deambular o transferir de forma segura con o sin asistencia, y una prótesis no mejora la calidad de vida o la movilidad.
- **Nivel 1.** Tiene la capacidad o potencial de uso; prótesis para transferencias o ambulación en superficies niveladas a cadencia fija; típico de un ambulatorio doméstico limitado e ilimitado.
- **Nivel 2.** Tiene la capacidad o el potencial para la ambulación con la capacidad de atravesar barreras ambientales de bajo nivel, como bordillos, escaleras o superficies irregulares; típico de un ambulatorio comunitario limitado.
- **Nivel 3.** Tiene la capacidad o el potencial para la ambulación con cadencia variable; típico de un ambulatorio comunitario que tiene la capacidad de atravesar la mayoría de las barreras ambientales y puede tener actividad vocacional, terapéutica o de ejercicio que exija un uso protésico más allá de la locomoción simple.
- **Nivel 4.** Tiene la capacidad o potencial de ambulación protésica que excede la ambulación básica; habilidades que exigen alto impacto, estrés o niveles de energía típicos de la prótesis en pacientes que practican deportes de alto impacto.

Por consenso los niveles funcionales donde este tipo de rodillas controladas con microprocesador estarían indicados. Son el nivel funcional 3 MEDICARE, "pacientes amputados que tienen la capacidad o el potencial para la ambulación con cadencia variable; típico de un ambulatorio comunitario, capacidad para atravesar la mayoría de las barreras ambientales y puede tener actividad vocacional, terapéutica o de ejercicio que exija un uso protésico más allá de la locomoción simple" y nivel 4 MEDICARE, "capacidad o potencial de ambulación protésica que excede la ambulación básica; habilidades que exigen alto impacto (pacientes deportistas), y también en niños". MEDICARE nivel 2, "solo si necesita aumentar su autonomía, tener menor riesgo de caídas. Para lo cual precisa reserva cardiovascular, fuerza y equilibrio suficiente para usar la prótesis".

En el año 1983 se publicó los beneficios de la primera prótesis experimental controlada por microprocesador. La primera articulación de rodilla de fase oscilatoria neumática controlada por microprocesador para amputados transfemorales fue elaborada en Japón en el año 1989. La licencia para la comercialización de esta prótesis la obtuvo Chas A. Blatchford [Reino Unido Inteligente prótesis (IP) [Zahedi, 1993], Endolite].

La industria ortoprotésica ha puesto en el mercado otras rodillas controladas por microprocesador, entre ellas: Rodilla C-Leg de Otto-Bock, una rodilla cuyo microprocesador controla el sistema hidráulico tanto en la fase de apoyo como en la fase de oscilación. La otra rodilla es la Power Knew de Ossur. Esta rodilla tiene un sensor/acelerómetro que es capaz de analizar el movimiento en la carga y en la posición. Es una rodilla dotada "de una inteligencia artificial" capaz de anticiparse al movimiento.

Analizar rodilla controlada por microprocesador y no controlada con microprocesador. Lo publicado...

Varios estudios se realizaron a principios de los años noventa tras la introducción de la prótesis inteligente Blatchford Endolite.

La introducción de esta tecnología fue vista como revolucionaria. Taylor *et al.* compararon la prótesis inteligente con dos prótesis mecánicamente pasivas con rodilla Mauch SNS y el controlador de fase de oscilación neumático Endolite. Estudiaron una amputación transfemoral que caminaba en una cinta rodante a aproximadamente 0,9 m/s, y mostraron que la prótesis inteligente requería aproximadamente un 10 % menos de captación de oxígeno que las rodillas protésicas pasivas. También se realizaron pruebas a velocidades de marcha más bajas y no mostraron una diferencia significativa en el costo metabólico entre las rodillas mecánicamente pasivas y las que amortiguaban variables.

Kirker *et al.* compararon el costo metabólico de caminar sobre el suelo nivelado a velocidades autoseleccionadas cuando los sujetos usaban la prótesis inteligente y una prótesis mecánicamente pasiva. El estudio incluyó dieciocho amputados transfemorales, y los resultados indicaron que la prótesis inteligente mejoraba la simetría de la marcha sobre la rodilla mecánicamente pasiva, pero no se observó una diferencia significativa en el costo metabólico a velocidades de marcha autoseleccionadas normales.

Buckley *et al.* realizaron un estudio con tres amputados transfemorales unilaterales para comparar la prótesis inteligente con un diseño de prótesis de rodilla mecánicamente pasiva y neumática (Endolite). En comparación con el diseño mecánicamente pasivo, los resultados mostraron una reducción del 5-10 % en el costo metabólico cuando las personas caminaban con la prótesis inteligente a velocidades de marcha más lentas y más rápidas que su velocidad normal autoseleccionada. Sin embargo, a la velocidad normal, la tasa metabólica no fue significativamente diferente entre los dos diseños de rodilla.

Estudios similares se realizaron después de la introducción del Otto Bock C-leg a finales de los años noventa. Se consideró un paso adelante en comparación con la prótesis inteligente porque su mecanismo hidráulico controlado por computadora proporcionó control en fase de apoyo como de oscilación.

Para evaluar este nuevo dispositivo, Kastner *et al.* compararon el C-leg con dos diseños mecánicamente pasivos de base hidráulica, el Otto Bock 2R80 y el 2R45. El estudio incluyó diez amputados transfemorales, y los resultados indicaron que la pierna C-leg tenía una cinemática más suave que las prótesis pasivas.

Aún más, los autores mostraron que los sujetos lograron el mejor tiempo para una prueba de

caminata de 1.000 m cuando usaban la pierna en C-leg. El estudio concluyó que la pierna en C-leg proporciona ventajas significativas, particularmente a velocidades de marcha rápidas. Schmalz *et al.* probaron seis amputados transfemorales con la pierna en C y una prótesis mecánicamente pasiva, la Otto Bock 2C1. Las pruebas se realizaron instruyendo a los sujetos a caminar sobre una cinta rodante a velocidades que oscilaban entre 0,5 y 1,3m/s. Los resultados mostraron una disminución en el costo metabólico de aproximadamente 6,5 % para la pierna en C sobre la prótesis de rodilla mecánicamente pasiva. Las pruebas a velocidades más altas de la marcha también se realizaron, pero la diferencia en el costo metabólico entre las dos rodillas no fue estadísticamente significativa. El hecho de que no hubo un beneficio significativo en el costo metabólico cuando se usa la pierna en C a velocidades más altas se atribuyó al hecho de que la amortiguación de la fase de oscilación de la prótesis mecánicamente pasiva ya estaba optimizada para caminar a esas velocidades más altas.

La rodilla en C-leg se consideró un paso adelante en comparación con la prótesis inteligente porque su mecanismo hidráulico controlado por computadora proporcionó control tanto en la fase de oscilación como de despegue.

La rodilla Rheo de Ossur utiliza un fluido magnetorreológico como la principal estrategia de producción de torque. Aquí la amortiguación se controla variando la intensidad del campo magnético a través de la modulación de la corriente eléctrica que pasa por un electroimán. La pierna C-leg y Rheo tienen muchas similitudes, pero sus estrategias distintivas de producción de par (fluido hidráulico vs. magnetorreológico) pueden producir diferencias en amortiguamiento.

K. Hagberg *et al.* realizó un estudio en amputados transfemorales unilaterales por causas traumáticas no vasculares. Para lo cual realizó una encuesta por correo a 97 pacientes, analizando la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (SF-26), y a través de un cuestionario estructurado diseñado para amputados transfemorales en que se valoraba los usos y problemas de la utilización de la prótesis. Los resultados de la CVRS general fue significativamente menor. Los problemas informados con mayor frecuencia que condujeron a la percepción de la reducción de la calidad de vida fueron: calor y sudoración en muñón protésico (73 %), problemas cutáneos del muñón (63 %), incapacidad para caminar en terrenos irregulares (61 %), incapacidad para caminar rápidamente (59 %), dolor del muñón (51 %), dolor del miembro fantasma (48 %), dolor de espalda (47 %) y el dolor en la otra pierna (46 %).

La conclusión a la que llega el autor es la de que se necesitan mayores esfuerzos para mejorar el bienestar físico y psicológico en pacientes amputados.

Johansson *et al.* compararon la rodilla C-Leg Otto-Bock, la rodilla Rheo Knee Ossur y la rodilla policéntrica hidráulica MAUCH. El autor compara la capacidad de amortiguación variable (C-Leg/Rheo), la capacidad de adaptación a las diferentes fases y velocidades de la marcha. Las conclusiones a las que llega el autor son: con la rodilla Rheo Knee Ossur, la tasa metabólica disminuye en un 5 % en comparación con la rodilla hidráulica Mauch y en un 2 % si la compara con la rodilla C-Leg. Con la rodilla C-Leg y la rodilla Rheo existen ventajas biomecánicas respecto a la rodilla policéntrica hidráulica Mauch.

Otra de las conclusiones es que la rodilla C-leg y la rodilla Rheo Knee Ossur ofrecen ventajas sobre la rodilla hidráulica Mauch para amputados transfemorales unilaterales que caminan a velocidades ambulatorias autoseleccionadas. El autor señala las ventajas añadidas de la rodilla Rheo Knee Ossur por disponer de magnetorreología.

Ava D. Segal *et al.* comparan la biomecánica de la marcha en pacientes amputados transfemorales con rodilla C-Leg® respecto a los prototizados con rodilla Mauch SNS®. Los parámetros que analizan son: ángulo máximo de flexión de la rodilla en la fase de oscilación, momento de flexión de la rodilla y la longitud del paso.

Las conclusiones a las que llega el autor son: diferencias mínimas entre la biomecánica de la marcha de los sujetos que caminan con C-Leg® en comparación con Mauch SNS®, durante la deambulaci3n a velocidad constante.

Andreas Kannenberg *et al.*, aun conociendo que los beneficios de las rodillas protésicas controladas por microprocesador (MPK) se han establecido bien en MEDICARE 2, realizaron una revisi3n sistemática de la literatura para analizar si los comunitarios limitados MEDICARE 3 también pueden beneficiarse del uso de un MPK en seguridad, funci3n, rendimiento y satisfacci3n percibidas. La búsqueda se realizó en diez bases de datos científicas, se seleccionaron seis publicaciones que permitieron analizar los resultados en 57 pacientes con grado de funcionalidad Medicare 2.

Concluye el autor que el uso de MPK puede reducir significativamente las caídas incontroladas hasta en un 80 %. Las personas con movilidad MEDICARE 3 pueden caminar entre un 14 y un 25 % más rápido en terreno nivelado, un 20 % más rápido en superficies irregulares y descender una pendiente casi un 20 % más rápido cuando utilizan un MPK.

Saffran Möller *et al.* plantearon dos objetivos: investigar la relaci3n entre la autoeficacia y los resultados específicos (uso protésico, la movilidad, los problemas relacionados con la amputaci3n y la salud global) y examinar diferencias en los resultados en funci3n del tipo de rodilla protésica.

Para lo que se planteó un estudio transversal realizándose dos cuestionarios (Escala de autoeficacia y Q-TFA). La muestra fue de 43 pacientes, 22 de los cuales tenían una prótesis no controlada con microprocesador y 19 con rodilla con microprocesador. Se define la autoeficacia como la confianza en la propia capacidad para lograr los resultados pretendidos.

Conclusiones: las personas con alta autoeficacia utilizaron sus prótesis en mayor grado y esto se correlaciona con un mayor nivel de movilidad y menos problemas relacionados con la amputaci3n, independientemente de estar usando una rodilla con MPK o sin MPK.

Conclusiones

Antes de la prescripci3n ortoprotésica se debe realizar un análisis minucioso de los requerimientos funcionales reales del paciente amputado.

Debemos tener en consideraci3n que no siempre los mejores resultados funcionales van de la mano de la prescripci3n de los elementos protésicos más sofisticados.

Si un individuo no puede andar o no tiene la capacidad de funcionar con una rodilla sin microprocesador, no hay posibilidades de que sea capaz de ambular y beneficiarse de las características y funciones de una rodilla con microprocesador.

La pérdida anatómica que conlleva una amputaci3n se acompaña de una relevante disminuci3n de las capacidades funcionales de la persona alterando su rol en la sociedad y provocando un

indudable impacto psicológico, personal y familiar, de ahí la importancia de los equipos multidisciplinares en el abordaje de las necesidades del paciente amputado.

Independientemente del contexto sociosanitario donde se tenga que abordar las necesidades del paciente amputado, debemos considerar que no es infrecuente los recursos limitados y límites presupuestarios. Debemos ajustarnos a los mismos intentado cubrir al máximo los requerimientos funcionales del paciente amputado.

La "indemnización suficiente" en el contexto de la valoración de daños y perjuicios en los accidentes de circulación y la "reparación íntegra del daño" en el contexto del accidente de trabajo son lo más aproximado a lograr que un paciente pueda superar la pérdida que conlleva la amputación.

4. PROPUESTAS DE CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL NUEVO BAREMO (LEY 35/2015) Baremo de Dependencia (R.D. 174/2011, de 11 de febrero). Pérdida de calidad de vida (grado grave y muy grave)

Dr. Alberto González Vicente

INTRODUCCIÓN

Con la nueva Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a la persona en accidentes de circulación, se ha intentado por parte del legislador actualizar un sistema que tras más de veinte años se había quedado un tanto “desfasado” y lejos de los límites cuantitativos que debe cubrir el seguro obligatorio al compararlos con otros países miembros de la Unión Europea.

Sobre esta nueva ley, que entró en vigor el 1 de enero de 2016, se ha comentado, publicado y debatido en distintos foros (estas jornadas son una muestra de ello). Eso nos indica que la ley (el nuevo “Baremo”) sigue viva y que hay distintos puntos de vista de una misma realidad.

Es cierto que, en determinadas cuestiones, el nuevo sistema es muy cerrado y no cabe demasiada o ninguna discusión. Por el contrario, en otras, el sistema es mucho más abierto y se presta a distintas interpretaciones y/o aplicaciones.

Uno de estos puntos objeto de discusión es lo relativo a la pérdida de calidad de vida. Pero ¿qué significa perder calidad de vida? ¿Cómo medirla? ¿De qué herramientas disponemos como peritos? ¿Cómo aplicar dichas herramientas para *buscar un justo resarcimiento*? Preguntas todas ellas que no tienen una fácil respuesta y sobre las que el legislador ha pasado de puntillas limitándose a establecer unas horquillas indemnizatorias y/o a definir en la mayoría de las situaciones con conceptos vagos y arbitrarios: “casi la totalidad”, “algunas de las actividades”, “la mayor parte”...

Con este trabajo que les voy a presentar, intentaré dar una propuesta (por supuesto discutible y mejorable) a aquellas dudas de aplicación para la pérdida de calidad de vida grave y muy grave, utilizando como herramienta el Baremo de Dependencia (R.D. 174/2011, de 11 de febrero). La misma no es novedosa y ya se ha aplicado en algunas ocasiones con reconocimiento en varias sentencias, intentando ser un punto de partida con el fin de conseguir el mayor de los consensos posibles.

PLANTEAMIENTO DE LA SITUACIÓN

Antes de entrar de lleno en la cuestión que nos concierne, expliquemos brevemente qué entendemos por “calidad de vida”.

La OMS (2005) la define como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con los objetos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”.

Así pues, el concepto de calidad de vida reúne tres características:

- **Es subjetivo.**
- **Es dinámico, cambiante en el tiempo.**
- **Es abstracto.**

Si el concepto de calidad de vida cumple estas tres características, ¿cómo podemos medirla de la forma más objetiva posible? Para ello, las Naciones Unidas establecieron el Índice de Desarrollo Humano (IDH) con el fin de medir el grado de desarrollo de los distintos países en función de tres variables.

- **La esperanza de vida.**
- **La educación en los distintos niveles.**
- **PIB per cápita.**

En el último informe de la Naciones Unidas publicado el 21 de marzo de 2017, España ocupaba uno de los 51 países considerados de desarrollo humano muy alto, con un índice de 0,884 sobre un máximo de 1, situándose en el puesto 27.º

Con estas premisas, el vigente Baremo de la Ley 35/2015 recoge en su preámbulo que el objetivo no es otro que “cumplir la función de una forma efectiva, buscando un justo resarcimiento de los perjuicios sufridos por las víctimas y sus familias como consecuencia de un siniestro de tráfico”.

Se nos pide, por tanto, como peritos, que partiendo de un concepto subjetivo, dinámico y abstracto concretemos un justo resarcimiento, siendo lo más objetivo posible. Si ya de por sí la idea es compleja, más resulta aun cuando la horquilla indemnizatoria oscila entre los 1.500 y los 150.000 euros.



Vamos a intentar centrar el perjuicio de calidad de vida en el contexto que nos ocupa. Para ello, recordemos muy sucintamente aquellas cuestiones de la Ley 35/2015 que nos interesa.

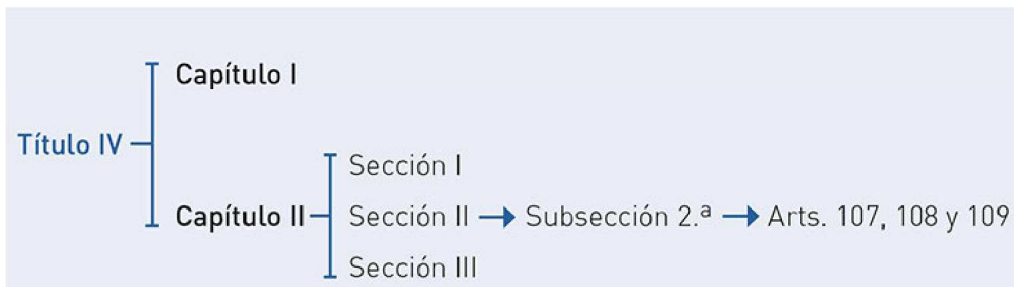
Sabido es que el Título IV, que lleva por rúbrica “Sistema para la valoración de los daños y

perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación”, consta de dos capítulos:

- Capítulo I sobre los “Criterios generales para la determinación de la indemnización del daño personal”.
- Capítulo II sobre las “Reglas para la valoración del daño corporal” que, a su vez, se subdivide en tres secciones: indemnizaciones por causa de muerte, indemnizaciones por secuelas e indemnizaciones por lesiones temporales.

Dentro de la sección II (indemnizaciones por secuelas), nos vamos a centrar en la subsección 2.^a, referente al perjuicio personal particular que puede ser de tres tipos.

1. Daños morales complementarios por perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial cuando una sola secuela alcance al menos 60 puntos o los concurrentes 80 puntos (art. 105).
2. Daños morales complementarios por perjuicio estético si alcanza al menos 36 puntos (art. 106)
3. *Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionado por las secuelas (art. 107), que es la que nos ocupa y que se gradúan en muy graves, graves, moderada y leve (art. 108), estableciendo una medición de dicho perjuicio (art. 109).*



Artículo 107. *Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas*

La indemnización por pérdida de calidad de vida tiene por objeto compensar el perjuicio moral particular que sufre la víctima por las secuelas que *impiden o limitan su autonomía personal* para realizar las *actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria* o su desarrollo personal mediante *actividades específicas*.

• **Artículo 50.** *Pérdida de autonomía personal*

A efectos de esta ley, la pérdida de autonomía personal consiste en el menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impide o limita la realización de las actividades esenciales de la vida ordinaria.

• **Artículo 51.** *Actividades esenciales de la vida ordinaria*

A efectos de esta ley, se entiende por actividades esenciales de la vida ordinaria comer, beber, asearse, vestirse, sentarse, levantarse y acostarse, controlar los esfínteres, desplazarse, realizar tareas domésticas, manejar dispositivos, tomar decisiones y realizar otras actividades análogas relativas a la autosuficiencia física, intelectual, sensorial u orgánica.

• **Artículo 54.** *Actividades específicas de desarrollo personal*

A efectos de esta ley, se entiende por actividades de desarrollo personal aquellas actividades, tales como las relativas al disfrute o placer, a la vida de relación, a la actividad sexual, al ocio y la práctica de deportes, al desarrollo de una formación y al desempeño de una profesión o trabajo, que tienen por objeto la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad.

Artículo 108. *Grados del perjuicio moral por pérdida de calidad de vida*

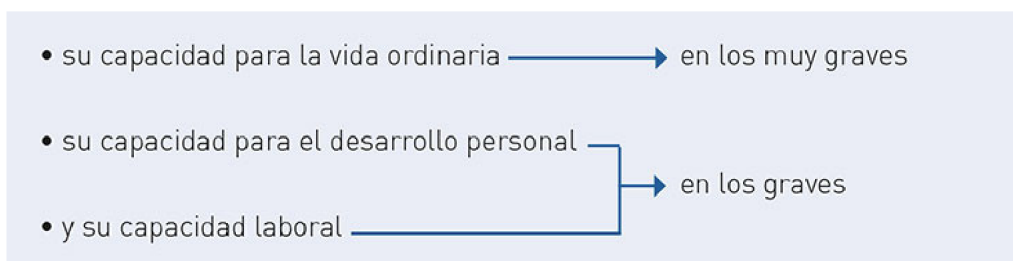
1. El perjuicio por pérdida de calidad de vida puede ser muy grave, grave, moderado o leve.
2. El perjuicio muy grave es aquel en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria.
3. El perjuicio grave es aquel en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar algunas de las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal. El perjuicio moral por la pérdida de toda posibilidad de realizar una actividad laboral o profesional también se considera perjuicio grave.
4. El perjuicio moderado es aquel en el que el lesionado pierde la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal. El perjuicio moral por la pérdida de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo también se considera perjuicio moderado.
5. El perjuicio leve es aquel en el que el lesionado con secuelas de más de seis puntos pierde la posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial trascendencia en su desarrollo personal. El perjuicio

Tras este recordatorio vamos a centrarnos en la pérdida de calidad de vida grave y muy grave que es el objeto de mi ponencia y que se recoge en el artículo 108.2 y 108.3. Lo primero que nos llama la atención es que el legislador utiliza términos como “la casi totalidad...”, “algunas de las actividades...”, “o la mayor parte...” que, por su vaguedad definitoria, complican aún más el deber de establecer una indemnización resarcitoria justa. A esta tarea, ya de por sí compleja, debemos sumarle la dificultad de tener una horquilla indemnizatoria muy grande (los perjuicios graves se indemnizan de 40.000 a 100.000 euros; y los considerados muy graves, de 90.000 a 150.000 euros).

No es objeto de mi exposición centrarme en estas indefiniciones que ya han sido tratadas en otros foros y/o jornadas y en las que se ha intentado también ofrecer propuestas que, como tales, son fuente de discusión y debate, pero a las que, estoy seguro, se irá dando forma con el tiempo. Simplemente, expongo las “líneas/reglas de juego” tan vagas que el legislador ha marcado al perito en esta cuestión.

Perjuicio grave: art. 108.3	Indemnización tabla 2.B
...pérdida de autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales... Casi totalidad ¿????	De 40.000 a 100.000 €
Perjuicio muy grave: art. 108.2	Indemnización tabla 2.B
...algunas de las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas... Algunas ¿???? La mayor parte ¿????	De 90.000 a 150.000 €

Sin embargo, lo que sí parece más clarificador son las capacidades a estudiar en los perjuicios por calidad de vida graves o muy graves recogidas en el mencionado artículo 108:



Artículo 108. *Grados del perjuicio moral por pérdida de calidad de vida*

1. El perjuicio por pérdida de calidad de vida puede ser muy grave, grave, moderado o leve.
2. El perjuicio muy grave es aquel en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la *vida ordinaria*.
3. El perjuicio grave es aquel en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar algunas de las actividades esenciales en el desarrollo de la *vida ordinaria* o la mayor parte de sus actividades específicas de *desarrollo personal*. El perjuicio moral por la pérdida de toda posibilidad de realizar una *actividad laboral o profesional* también se considera perjuicio grave.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Así pues, se deben analizar tres situaciones o capacidades para poder determinar la pérdida de calidad de vida:

1. Valorar la capacidad de la vida ordinaria.
2. Valorar su capacidad para el desarrollo personal.
3. Valorar su capacidad laboral.

1. Valorar la capacidad de la vida ordinaria

Sabido es que hay varias herramientas que intentan “medir” la capacidad de la vida ordinaria de una u otra forma. Dos de las más conocidas y aplicadas en el ámbito sociosanitario son la:

- *Escala o índice de Barthel*, que mide la capacidad de una persona para realizar 10 actividades de la vida diaria que se consideran básicas y a las que se les da un valor de 0-5-10 o 15 puntos según su capacidad. En función de la puntuación final obtenida queda clasificado el tipo de dependencia que sufre.
- *Escala de Lawton Brody* de actividades instrumentales de la vida diaria, puntuándose cada área con un máximo de 1 punto y un mínimo de 0. La máxima dependencia vendría dada por obtener una puntuación final de 0 puntos, mientras que una suma de 8 expresaría una independencia total.

Escala o índice de Barthel		
Actividad	Descripción	Puntos
Aseo personal	• Necesita ayuda con el aseo personal	0
	• Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Desplazarse	• Inmóvil	0
	• Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	• Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	• Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15

	• Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
Control de orina	• Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	• Continente, durante al menos 7 días	10
	• Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
Control de heces	• Accidente excepcional (uno/semana)	5
	• Continente	10
	• Incapaz, no se mantiene sentado	0
Trasladarse entre la silla y la cama	• Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	5
	• Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	• Independiente	15
	• Incapaz	0
Comer	• Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	• Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
	• Incapaz	0
Subir y bajar escaleras	• Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	• Independiente para subir y bajar	10
	• Dependiente	0
Vestirse y desvestirse	• Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	• Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10

	• Dependiente	0
Uso del retrete	• Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	• Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	• Dependiente	0
	• Independiente para bañarse o ducharse	5

Cuanto más cerca esté a 0, mayor será su dependencia.

Cuanto más cerca esté del 100, mayor será su independencia.

Puntaje Clasificación

<20	Dependencia total
21-60	Dependencia severa
61-90	Dependencia moderada
91-99	Dependencia leve
100	Independencia

Escala de Lawton Brody

Aspecto a evaluar	Puntos
Capacidad para usar el teléfono	
• Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
• Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
• Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
• No es capaz de usar el teléfono	0
Hacer compras	
• Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
• Realiza independientemente pequeñas compras	0
• Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
• Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
• Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
• Prepara adecuadamente las comidas si se le proporciona los ingredientes	0

- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas 0

Cuidado de la casa

- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados 1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas 1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza 1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa 1
- No participa en ninguna labor de la casa 0

Lavado de la ropa

- Lava por sí solo toda la ropa 1
- Lava por sí solo pequeñas prendas 1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro 0

Uso de medios de transporte

- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche 1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte 1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona 1
- Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros 0
- No viaja 0

Responsabilidad respecto a su medicación

- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta 1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente 0
- No es capaz de administrarse su medicación 0

Manejo de sus asuntos económicos

- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo 1

- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... 1
- Incapaz de manejar dinero 0

Puntuación Dependencia

- 0-1 Total
- 2-3 Severa
- 4-5 Moderada
- 6-7 Ligera
- 8 Independiente

Sin descartar estas escalas que están perfectamente validadas y pueden servir de complemento en casos muy concretos; creemos, sin embargo, que resulta *más útil, práctico y objetivo* el “*Baremo para la Valoración de la Dependencia*” (BVD) de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, desarrollado inicialmente en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, y modificado posteriormente en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero. Dicho BVD sirve para establecer el valor del grado y niveles de dependencia que se clasifican en tres grados:

1. **Grado I. Dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. BVD de 25 a 49 puntos en dos niveles.
2. **Grado II. Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. BVD de 50 a 74 puntos en dos niveles.
3. **Grado III. Gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. BVD de 75 a 100 puntos en dos niveles.

La determinación del grado y nivel de la dependencia de la persona valorada se obtiene a partir de la puntuación final obtenida en la aplicación del BVD, de acuerdo con la siguiente escala de puntuación:

GRADO/PUNTOS	NIVEL/PUNTOS
GRADO I 25-49	NIVEL 1 25-39
	NIVEL 2 40-49
GRADO II 50-74	NIVEL 1 50-64
	NIVEL 2 65-74
GRADO III 75-100	NIVEL 1 75-89
	NIVEL 2 90-100

Para la obtención de esta puntuación, el R.D. 174/2011, de 11 de febrero, establece una relación

de actividades y tareas que deben realizarse en función de cuatro grupos de edad que vamos a intentar adaptarlo a la situación de los accidentes de tráfico utilizando la “escala general”, ya que el real decreto contempla también otras situaciones especiales para personas con condiciones de salud que afectan a sus funciones mentales (“escala específica”).

El Baremo consta de 11 actividades (6 de autocuidado, 3 de movilidad, 1 de tareas domésticas y 1 de toma de decisiones) que se desglosan en 59 tareas en total.

En cada una de las 59 tareas se identificará el nivel de desempeño teniendo en cuenta que puede ser positivo (la persona es capaz de desarrollar la tarea), negativo (si no es capaz de desarrollarla) o no se aplica cuando así lo indique expresamente la tabla de actividades y tareas.

Nivel de desempeño (D)

P1 Positivo

N1 Negativo, por dependencia

N2 Negativo, por otras causas

NA No aplicable

En aquellas tareas que el desempeño es negativo y, por tanto, hay una situación de dependencia, debe especificarse si es por un problema físico, mental o ambos, así como el tipo y frecuencia que necesita de otra persona y, en su caso, se identificará la frecuencia del apoyo de 0 a 4 (0 nunca y 4 casi siempre).

Problema en dependencia (P)

F Físico

M Mental

A Ambos

Tipo de apoyo personal (TA) y (coeficiente a aplicar)

SP Supervisión (0,90)

FP Física parcial (0,90)

SM Sustitución máxima (0,95)

AE Apoyo especial (1,00)

Frecuencia de apoyo personal (FR) (*)

0 Casi nunca (0-4 %)

1 Algunas veces (5-24 %)

2 Bastantes veces (25-49 %)

3 Mayoría de las veces (50-95 %)

4 Siempre (96-100 %)

[*] La graduación viene determinada por los intervalos que propone la escala genérica de los CIF (Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud) - OMS (2001).

La puntuación final del BVD se obtiene mediante la suma ponderada de los valores asignados a las tareas en que se ha establecido la situación de dependencia por el coeficiente del tipo de apoyo de otra u otras personas que se requiere en relación con cada una de ellas. Teniendo en cuenta que:

1. El valor asignado a cada tarea resulta de la multiplicación del peso de la tarea en su actividad correspondiente por el peso de dicha actividad en el total de la escala que le es de aplicación a la persona valorada.
2. La puntuación final se redondea al número entero más cercano.

Tabla de actividades y tareas (para todos los casos)	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Comer y beber	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Cortar o partir la comida en trozos	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Acercarse el recipiente de la bebida a la boca	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Higiene personal relacionada con la micción y defecación	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Acudir a un lugar adecuado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Manipular la ropa	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Adoptar o abandonar la postura adecuada	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Limpiarse	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Lavarse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Abrir y cerrar grifos	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Lavarse las manos	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Acceder a la bañera, ducha o similar	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar otros cuidados corporales	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Peinarse	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Cortarse las uñas	NA	NA	SÍ	SÍ
• Lavarse el pelo	NA	SÍ	SÍ	SÍ

• Lavarse los dientes	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Vestirse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Calzarse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Abrocharse botones o similar	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Mantenimiento de la salud	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Solicitar asistencia terapéutica	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	SÍ	SÍ
• Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	SÍ	SÍ
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Cambiar de tumbado a sentado en la cama	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Permanecer sentado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Permanecer de pie	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Desplazarse dentro del hogar	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

- Realizar desplazamientos para vestirse
- Realizar desplazamientos para comer
- Realizar desplazamientos para lavarse
- Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado
- Realizar desplazamientos entre estancias no comunes
- Acceder a todas las estancias comunes del hogar

Desplazarse fuera del hogar

- Acceder al exterior
- Realizar desplazamientos alrededor del edificio
- Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos
- Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos
- Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos
- Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos

Realizar tareas domésticas

- Preparar comidas
- Hacer la compra
- Limpiar y cuidar de la vivienda
- Lavar y cuidar la ropa

Solo en los casos de personas con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Tomar decisiones	?	?	?	SÍ
• Decidir sobre la alimentación cotidiana	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Dirigir los hábitos de higiene personal	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Planificar los desplazamientos fuera del hogar	NA	SÍ	SÍ	SÍ

• Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
• Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas	NA	SÍ	SÍ	SÍ
• Resolver el uso de servicios a disposición del público	NA	NA	SÍ	SÍ

NA = No aplicable.

Se valoran dentro y fuera del hogar las tareas incluidas en las actividades de comer y beber, higiene personal relacionada con la micción y la defecación, mantenimiento de la salud y tomar decisiones, así como las tareas de abrir y cerrar grifos, lavarse las manos de la actividad de lavarse, y acceder al exterior de la actividad de desplazarse fuera del hogar.

A cada una de estas actividades y tareas se las asigna un peso.

Peso de las actividades y tareas (para todos los casos)	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Comer y beber	22,4	18,3	18,3	16,8
• Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	0,35	0,25	0,25	0,25
• Cortar o partir la comida en trozos	NA	0,20	0,20	0,20
• Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,30	0,30	0,30	0,30
• Acercarse el recipiente de la bebida a la boca	0,35	0,25	0,25	0,25
Higiene personal relacionada con la micción y defecación	20,3	16,1	16,1	14,8
• Acudir a un lugar adecuado	0,31	0,20	0,20	0,20
• Manipular la ropa	0,23	0,15	0,15	0,15
• Adoptar o abandonar la postura adecuada	0,46	0,30	0,30	0,30
• Limpiarse	NA	0,35	0,35	0,35
Lavarse	12,1	9,6	9,6	8,8
• Abrir y cerrar grifos	0,43	0,15	0,15	0,15
• Lavarse las manos	0,57	0,20	0,20	0,20
• Acceder a la bañera, ducha o similar	NA	0,15	0,15	0,15
• Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25
• Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25
Realizar otros cuidados corporales	NA	3,2	3,2	2,9
• Peinarse	NA	0,35	0,30	0,30
• Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15
• Lavarse el pelo	NA	0,30	0,25	0,25
• Lavarse los dientes	NA	0,35	0,30	0,30
Vestirse	16,3	12,9	12,9	11,9

• Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	0,15	0,15	0,15	0,15
• Calzarse	0,10	0,10	0,10	0,10
• Abrocharse botones o similar	0,15	0,15	0,15	0,15
• Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30
• Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30
Mantenimiento de la salud	NA	3,2	3,2	2,9
• Solicitar asistencia terapéutica	NA	0,30	0,15	0,15
• Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,20	0,10	0,10
• Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25
• Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25
• Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	12,1	11,0	11,0	9,4
• Cambiar de tumbado a sentado en la cama	0,10	0,10	0,10	0,10
• Permanecer sentado	0,15	0,15	0,15	0,15
• Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	0,10	0,10	0,10	0,10
• Permanecer de pie	0,15	0,15	0,15	0,15
• Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	0,10	0,10	0,10	0,10
• Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	0,10	0,10	0,10	0,10
• Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	0,10	0,10	0,10	0,10
• Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	0,20	0,20	0,20	0,20
Desplazarse dentro del hogar	16,8	13,4	13,4	12,3
• Realizar desplazamientos para vestirse	0,25	0,25	0,25	0,25
• Realizar desplazamientos para comer	0,15	0,15	0,15	0,15
• Realizar desplazamientos para lavarse	0,10	0,10	0,10	0,10
• Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25
• Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	0,10	0,10	0,10	0,10
• Acceder a todas las estancias comunes del hogar	0,15	0,15	0,15	0,15
Desplazarse fuera del hogar	NA	12,3	12,3	12,2
• Acceder al exterior	NA	0,29	0,25	0,25
• Realizar desplazamientos alrededor del edificio	NA	0,29	0,25	0,25
• Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	NA	0,24	0,20	0,20
• Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	NA	0,18	0,15	0,15
• Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	NA	NA	0,10	0,10
• Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	NA	NA	0,05	0,05
Realizar tareas domésticas	NA	NA	NA	8,0
• Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45
• Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25
• Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	0,20
• Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10

2. Valorar las actividades de desarrollo personal

El artículo 54 de la Ley 35/2015 describe lo que se entiende, a efectos de esta ley, por actividades de desarrollo personal. Así:

Artículo 54. *Actividades específicas de desarrollo personal*

A efectos de esta ley, se entiende por actividades de desarrollo personal aquellas actividades, tales como las relativas al disfrute o placer, a la vida de relación, a la actividad sexual, al ocio y la práctica de deportes, al desarrollo de una formación y al desempeño de una profesión o trabajo, que tienen por objeto la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad.

A la hora de ser considerado un perjuicio grave, el lesionado debe perder la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal.

Ahora bien, ¿qué se entiende por “la mayor parte”? Como se ha mencionado anteriormente, no es asunto baladí, y ha sido y será sin duda objeto de propuestas y discusiones. A nosotros nos parece razonable la realizada en otros foros y ponderar dichas actividades (a excepción del desempeño de una profesión o trabajo que se valora de forma independiente), basándonos en el CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud de la OMS), otorgándoles un peso ponderado para cada una de esas actividades que bien podría ser por orden de importancia el siguiente:

- **Formación:** 35 %.
- **Vida de relación:** 25 %.
- **Ocio y práctica de deporte:** 20 %.
- **Disfrute de placer:** 10 %.
- **Actividad sexual:** 10 %.

3. Valoración de la actividad laboral o profesional

Parece evidente que en este apartado debemos recurrir a la legislación laboral que regula la incapacidad permanente y sus grados:

- *Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual:* aquella que disminuya sensiblemente su rendimiento normal para la profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de dicha profesión.
- *Incapacidad permanente total para la profesión habitual:* aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.
- *Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo:* aquella que le inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.
- *Gran invalidez:* la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

En este sentido, el artículo 108.3 de la Ley 35/2015 es muy claro: “...El perjuicio moral por la pérdida de toda posibilidad de realizar una actividad laboral o profesional también se considera perjuicio grave”. Esto significa que el reconocimiento de una incapacidad permanente absoluta en el ámbito laboral como consecuencia de un accidente de tráfico supone el reconocimiento de

un perjuicio moral grave por pérdida de calidad de vida en la Ley 35/2015.

PROPUESTA

Una vez analizados los tres aspectos a considerar: vida ordinaria, desarrollo personal y actividad laboral; vamos a intentar plantear o encuadrar los mismos en el sistema de valoración de la Ley 35/2015 ya que, como peritos, se nos pide cuantificar estas cuestiones.

Permítanme plantearles la siguiente propuesta con el fin de que sea analizada y criticada en el más sano juicio en aras de ayudar y establecer un criterio lo más consensuado posible en aquellas cuestiones que el nuevo sistema de valoración deja abiertas.

Considero que el Baremo de Dependencia (R.D. 174/2011, de 11 de febrero) es, en este momento, la herramienta que disponemos más completa, fiable y objetiva y sobre la que ya se tiene una amplia experiencia en otros ámbitos que puede resultar muy útil a la hora de graduar y cuantificar el perjuicio personal grave y muy grave.

Dado que se establecen tres grados y seis niveles de dependencia, se propone considerar el grado I (nivel 1 y 2) y el grado II (nivel 1) como pérdida de calidad de vida grave y el grado II (nivel 2) y el grado III (nivel 1 y 2) como muy grave.

GRADO/PUNTOS	NIVEL/PUNTOS	PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA
GRADO I 25-49	NIVEL 1 25-39	GRAVE
	NIVEL 2 40-49	
GRADO II 50-74	NIVEL 1 50-64	MUY GRAVE
	NIVEL 2 65-74	
GRADO III 75-100	NIVEL 1 75-89	MUY GRAVE
	NIVEL 2 90-100	

A la hora de cuantificar la indemnización recogida en tabla 2.B de la Ley 35/2015 se estratificaría en función del nivel que le correspondiese. Así:

Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas					Indemnización Tabla 2.B
		Grado	Nivel	BVD	
Grave	De 40.000 a 100.000 €	Grado I	Nivel 1	25-39	De 40.000 a 60.000 €
		Grado I	Nivel 2	40-49	De 60.000 a 80.000 €
		Grado II	Nivel 1	50-64	De 80.000 a 100.000 €
		Grado II	Nivel 2	65-74	De 90.000 a 110.000 €
Muy grave	De 90.000 a 150.000 €	Grado III	Nivel 1	75-89	De 110.000 a 130.000 €
		Grado III	Nivel 2	90-100	De 130.000 a 150.000 €

Hay un dato que llama la atención y es que cabe la posibilidad de que un lesionado con un grado de dependencia II y nivel 1 se le indemnizase más que otro lesionado con un grado de dependencia II y nivel 2 y con una mayor puntuación en el BVD. Esto es, sin duda, una cuestión objeto de debate.

Propongo que se tome como referencia la horquilla indemnizatoria de 40.000 a 150.000 euros y distribuirlo entre el valor de BVD entre 25 y 100 (<25 sin grado reconocido de dependencia). De este modo se evita el "salto indemnizatorio" referido que se da entre una BVD de 64 puntos y una BVD de 65 puntos.

Valor BVD	Indemnización Tabla 2.B	Valor BVD	Indemnización Tabla 2.B	Valor BVD	Indemnización Tabla 2.B
25	40.000 €	51	78.220 €	77	116.440 €
26	41.470 €	52	79.690 €	78	117.910 €
27	42.940 €	53	81.160 €	79	119.380 €
28	44.410 €	54	82.630 €	80	120.850 €
29	45.880 €	55	84.100 €	81	122.320 €
30	47.350 €	56	85.570 €	82	123.790 €
31	48.820 €	57	87.040 €	83	125.260 €
32	50.290 €	58	88.510 €	84	126.730 €
33	51.760 €	59	89.980 €	85	128.200 €
34	53.230 €	60	91.450 €	86	129.670 €
35	54.700 €	61	92.920 €	87	131.140 €
36	56.170 €	62	94.390 €	88	132.610 €
37	57.640 €	63	95.860 €	89	134.080 €
38	59.110 €	64	97.330 €	90	135.550 €
39	60.580 €	65	98.800 €	91	137.020 €
40	62.050 €	66	100.270 €	92	138.490 €
41	63.520 €	67	101.740 €	93	139.960 €
42	64.990 €	68	103.210 €	94	141.430 €
43	66.460 €	69	104.680 €	95	142.900 €
44	67.930 €	70	106.150 €	96	144.370 €
45	69.400 €	71	107.620 €	97	145.840 €
46	70.870 €	72	109.090 €	98	147.310 €
47	72.340 €	73	110.560 €	99	148.780 €
48	73.810 €	74	112.030 €	100	150.000 €
49	75.280 €	75	113.500 €		
50	76.750 €	76	114.970 €		

Por último, y a modo de cuadro sinóptico, se intentan recoger aquellas cuestiones tratadas, contemplando los tres parámetros a tener en consideración en los lesionados graves y muy graves.

Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas	Parámetros a considerar				
	Calidad de vida			Desarrollo personal	Actividad laboral
	Grado	Nivel	BVD		
Grave (de 40.000 a 100.000 €)	Grado I	Nivel 1	25-39		
	Grado I	Nivel 2	40-49	¿75 %?	Incapacidad permanente absoluta
	Grado II	Nivel 1	50-64		
Muy grave (de 90.000 a 150.000 €)	Grado II	Nivel 2	65-74		
	Grado III	Nivel 1	75-89	¿>75?	¿Gran invalidez?
	Grado III	Nivel 2	90-100		

BIBLIOGRAFÍA

- Cobo Plana, J. "Como valorar la pérdida de la calidad de vida en los artículos 107, 108 y 109 de la Ley 35/2015", *Revista de Responsabilidad Civil y Seguro*.
- 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.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- *Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida: definiciones de facetas y escalas de respuestas*.
- *Manual de uso para el empleo del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)*.
- Nussbaum, Martha y Sen, Amartya (ed.). *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press, 1993.
- OMS/Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud,
- PNUD – ONU. *Informe sobre el Desarrollo Humano*, 2016.
- 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 504/2007, de 20 de abril, 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.

5. PROPUESTA DE VALORACIÓN OBJETIVA DE LA PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN SECUELAS Y LESIONES TEMPORALES

Dr. Juan José Alcorta Álvarez

INTRODUCCIÓN

Quiero empezar mi exposición con la definición que la OMS hace de calidad de vida para ilustrar el reto que la Ley 35/2015 nos plantea a los médicos que nos dedicamos a la Valoración del Daño Corporal, y el desafío que desde la Fundación MAPFRE se me hace para realizar una propuesta objetiva sobre ese concepto tan resbaladizo.

Para la OMS, la *calidad de vida* es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”.

Si desmenuzamos la definición y profundizamos en ella, no es difícil darse cuenta de que el concepto de calidad de vida lo podríamos considerar como algo subjetivo, abstracto y dinámico:

- *Subjetivo* en una doble vertiente:
 - La percepción de la propia persona perjudicada, que va ligada al concepto de felicidad, de satisfacción consigo mismo y con la vida que se lleva, con el grado de desarrollo personal alcanzado en relación con las expectativas que cada uno nos marcamos.
 - La percepción del observador externo, que debe estimar el grado de pérdida experimentado por el perjudicado.
- *Dinámico*: cambia con cada persona, con cada momento vital, con cada edad. No es lo mismo la expectativa de un joven y brillante estudiante de bachiller al que se le abre por delante un inmenso mundo de posibilidades, que la de unos padres de familia que ponen por encima de todas sus prioridades la educación y formación de la prole, que la de un jubilado, con mejor o peor estado de salud, en el que sus expectativas se plantean a mucho más corto plazo. Pero es que, además, una misma persona puede pasar, y de hecho pasa, por estos tres estadios o proyectos de vida.
- *Abstracto*: por todo lo anterior es difícil de concretar, de definir y, por tanto, de apreciar, y por supuesto de valorar.

Con estas complejas premisas, se nos pide, en la Ley 35/2015, no solo que objetivemos la pérdida de calidad de vida, sino que la cuantifiquemos y que demos pautas a los tramitadores, abogados, jueces..., para poder tasarla económicamente, y con un monto económico que no es baladí, pues puede llegar desde 1.500 hasta los 150.000 euros.

Afortunadamente la ley no nos deja totalmente desarmados ante esta gran batalla, sino que nos proporciona ciertas herramientas, que, aunque vagas, rudimentarias y muy poco consistentes, nos deben servir como base para emitir los informes correspondientes.

Lo que se me ha pedido desde la Fundación MAPFRE es que, partiendo de estas premisas, establezcamos unos criterios, lo más objetivos posible, para poder cuantificar los grados de pérdida de calidad de vida de cada lesionado en particular.

APROXIMACIÓN A LA LEY

Lo primero que tenemos que hacer es situarnos en la ley para saber de qué hablamos. La Ley 35/2015 está dividida en dos capítulos: el primero expone los criterios generales para la determinación de la indemnización; y el segundo establece las reglas para la valoración del daño corporal, dividido a su vez este segundo capítulo en tres secciones: muerte, secuelas y lesiones temporales.

Por un lado, es en el segundo capítulo, en su sección segunda, en donde se establecen las bases para calcular la indemnización por secuelas, y en la subsección segunda, se establece la forma de valorar el perjuicio personal particular por las secuelas ocasionadas en un accidente, considerando que este perjuicio es el que correspondería por:

- 1. Daños morales complementarios por perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial, íntimamente ligado a la puntuación de las secuelas (una de 60 puntos o concurrentes de 80).**
- 2. Daños morales complementarios por perjuicio estético, en función de la puntuación otorgada a este (al menos 36 puntos).**
- 3. *Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida.***
- 4. Perjuicio por pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados.**
- 5. Pérdida de feto.**
- 6. Perjuicios excepcionales.**

Pues bien, en este trabajo nos vamos a detener en tratar de objetivar el tercero de los puntos que integran el concepto de perjuicio personal particular de las secuelas, es decir, el *perjuicio moral por pérdida de calidad de vida*.

Por otro lado, la ley, en su sección tercera, desarrolla la forma de indemnizar las lesiones temporales (anteriormente llamados días de baja), estableciendo cantidades económicas distintas en función de los diferentes grados de limitación que durante el proceso de tratamiento y/o curación haya sufrido el lesionado. También vamos a intentar buscar criterios objetivos que nos permitan establecer los diferentes *grados de perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida* a lo largo de la evolución de las lesiones.

Las herramientas que se ponen a nuestra disposición las tenemos definidas en varios artículos de la nueva ley:

Artículo 107. *Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas*, cuando el lesionado pierde o ve limitada su autonomía personal:

1. para realizar actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria;
2. para su desarrollo personal mediante actividades específicas.

Artículo 137. *Perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida*: perjuicio debido a las limitaciones temporales derivadas de las lesiones y/o su tratamiento:

1. en su autonomía;
2. en su desarrollo personal.

Y esto nos lleva a los artículos 51 y 54, en donde se definen los conceptos de *vida ordinaria* y *desarrollo personal*:

Artículo 51. *Actividades esenciales de la vida ordinaria*. la Ley entiende por actividades esenciales de la vida ordinaria las siguientes: comer, beber, asearse, vestirse, sentarse levantarse y acostarse, controlar esfínteres, desplazarse, realizar tareas domésticas, manejar dispositivos, tomar decisiones y realizar otras actividades análogas de autosuficiencia.

En resumen, en este artículo se nos habla de dignidad, de autosuficiencia, de independencia física, de capacidad de decidir, de autonomía personal...; en definitiva, de ser persona.

Artículo 54. *Actividades específicas de desarrollo personal*. Según la Ley serían aquellas que tienen por objeto la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad con capacidad de mejorar, de ser útil a la sociedad, de desarrollarse, de relacionarse con los demás y con el entorno. Y para ello, la persona necesita poder disfrutar de placer, tener una vida de relación plena, mantener una actividad sexual sana, ser capaz de planificar y disfrutar de sus momentos de ocio y de la práctica de deporte si lo desea, de formarse en los aspectos que considere adecuados en cada momento, y de poder ejercer una profesión que le permita vivir económicamente independiente.

Pero esto no se plantea así porque el legislador considera que esas son las actividades que se deben valorar, sino que tienen su origen en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud publicada por la OMS, y que establece estas dimensiones en el desarrollo personal, e incluso describe formas de llegar a desarrollarlas. Por ello, a la hora de objetivar estas pérdidas, deberemos acudir a esta fuente en la que la ley se ha inspirado, para poder establecer de la manera más justa y objetiva posible el grado de pérdida de calidad de vida de cada perjudicado.

Sin embargo, si ya es complejo valorar y objetivar la calidad de vida basándonos en la definición de la OMS cuando profundizamos en la clasificación, e intentamos trasladar las limitaciones o pérdida de calidad de vida a lo que estipula la ley en sus artículos 108 y 138, nos encontramos con vaguedades léxicas tales como *casi totalidad, algunas, la mayor parte, una parte relevante, especial trascendencia...*, que multiplican por infinito la complejidad de la valoración objetiva, dejando, una vez más, un campo demasiado abierto a la subjetividad y, por tanto, a la discrepancia entre las

partes implicadas.

Aun así, vamos a intentar dar una propuesta objetiva, pero como toda propuesta, es discutible y por supuesto mejorable. Tan solo se trata de crear unas pautas objetivas, y sobre todo sencillas y prácticas que nos sirvan de base para la aplicación individualizada a cada caso.

CENTREMOS LOS CONCEPTOS

La Ley 35/2015, en su artículo 108, establece que en el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionado por las secuelas puede ser muy grave, grave, moderada o leve, y estipula que:

1. El perjuicio por pérdida de calidad de vida muy grave se alcanza cuando se pierde la autonomía para la realización de la *casi totalidad* (¿más del 75 %?) de las actividades esenciales en el *desarrollo de la vida ordinaria*.
2. El perjuicio por pérdida de calidad de vida grave:
 1. Pierde autonomía para realizar *algunas* (¿por lo menos un 25 %?) actividades esenciales para el *desarrollo de la vida ordinaria*.
 2. O la *mayor parte* (¿75 %?) de sus *actividades de desarrollo personal*.
 3. Pérdida de *toda posibilidad de realizar una actividad laboral o profesional* (INCAPACIDAD LABORAL ABSOLUTA).
3. El perjuicio por pérdida de calidad de vida moderado:
 1. Una *parte relevante* (¿más del 50 %?) de sus *actividades de desarrollo personal*.
 2. Pérdida de la *actividad laboral* que se venía realizando: IP TOTAL.
4. El perjuicio por pérdida de calidad de vida leve:
 1. Secuelas de más de 6 puntos.
 2. Pierde la *posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial trascendencia en su desarrollo personal*.
 3. Pérdida *parcial de su actividad laboral o profesional* (IP PARCIAL).

Además, en el artículo 138, gradúa también la pérdida temporal de calidad de vida en muy grave, grave y moderada, considerando que:

1. El perjuicio temporal muy grave lo debemos considerar cuando pierde temporalmente la capacidad de realizar la *casi totalidad* (¿más del 75 %) de las actividades esenciales de la *vida ordinaria*, y lo equipara al ingreso en UCI.
2. El perjuicio temporal grave sería aquel en el que se pierde temporalmente:
 1. La autonomía personal para realizar una *parte relevante* (¿un 50 %?) de las *actividades esenciales de la vida ordinaria*.

2. O la mayor parte (¿75 %?) de sus actividades específicas de *desarrollo personal*.

En esta ocasión lo equipara con un ingreso hospitalario.

3. El perjuicio temporal moderado sería aquel en el que se pierde la posibilidad de llevar a cabo *una parte relevante* (¿más del 50 %?) de sus actividades específicas de *desarrollo personal*.

Pero se nos indica, asimismo, que el impedimento psicofísico para llevar a cabo la *actividad laboral o profesional* debe reconducirse a uno de estos tres grados, no estableciendo, una vez más, la manera de hacerlo.

Vemos, por tanto, que aunque en los artículos 107 y 137 se habla de *desarrollo de la vida ordinaria* y de *actividades de desarrollo personal*, en el desarrollo de los artículos 108 y 138, se introduce un ítem nuevo, independizándolo del concepto de la actividad de desarrollo personal y dándole carta de naturaleza: la *actividad laboral o profesional*, por lo que llegados a este punto, creo que debemos empezar a ordenar las ideas, y establecer que para cuantificar la pérdida de calidad de vida (tanto temporal como definitiva) de un lesionado, tendremos que plantearnos el estudio en tres esferas:

1. Vida ordinaria.
2. Desarrollo personal.
3. Actividad laboral.

Hemos otorgado carta de naturaleza propia a la capacidad para desarrollar una actividad laboral, separándola de las actividades genéricas de desarrollo personal, en la que lo engloba la OMS, puesto que la ley le concede una importancia y preponderancia determinante: según el grado de capacidad para desarrollar una actividad profesional, al perjudicado se le encuadra ya de entrada en una de las categorías.

Lo que he pretendido hasta aquí ha sido desmenuzar los artículos de la ley para intentar traspasar el concepto abstracto, subjetivo y dinámico que definíamos al principio, y traducirlo en elementos concretos, como son su capacidad para desarrollar actividades de la vida ordinaria, capacidades de desarrollo personal y capacidad laboral, que nos van a permitir una objetivación del déficit y, por tanto, nos facilitará su valoración.

VALORACIÓN POR ESFERAS

Admitiendo como válidas las premisas hasta aquí definidas, en nuestro intento por conseguir una valoración objetiva, debemos dar un paso más, y aproximarnos a la forma de valorar cada una de las tres esferas que hemos planteado. ¿Cómo valoramos cada una de ellas? Analicémoslas pormenorizadamente.

1. Vida ordinaria

Existen en la actualidad múltiples y variados sistemas para establecer el grado de limitación para la realización de actividades de la vida ordinaria. De todos ellos recojo en este trabajo tres de los

que, en mi opinión, pueden ser de más utilidad de cara al reto de establecer el grado de pérdida de calidad de vida tanto de forma temporal como definitiva.

A. Índice de Barthel (ver tabla 1)

Se trata de un índice diseñado en 1965 para valorar y monitorizar la mejoría en cuanto a la independencia y el autocuidado en pacientes con patologías neuromusculares y musculoesqueléticas. Esto unido a la facilidad para la recogida de datos (se basa en la observación directa y el interrogatorio del paciente o su cuidador), y en la agilidad para su cumplimentación (no más de 5 minutos), nos puede ser de mucha utilidad a la hora de establecer los *perjuicios temporales*.

Este índice tiene en cuenta la autonomía de la persona para realizar actividades como comer, lavarse, vestirse, deambulación, transferencia..., dando una puntuación a cada una de ellas (15, 10, 5 o 0), dando mayor puntuación cuanto mayor es la autonomía.

En función de la puntuación alcanzada, podemos clasificar la situación de dependencia para las actividades de la vida diaria en:

- **Independiente:** alcanza los 100 puntos.
- **Dependiente leve:** cuando suma 60 o más puntos.
- **Dependiente moderado:** cuando la puntuación se sitúa entre los 55 y 40 puntos.
- **Dependiente severo:** en la horquilla entre los 35 y los 20 puntos.
- **Dependiente total:** cuando no se llega a los 20 puntos.

Tabla 1. ÍNDICE DE BARTHEL

		Puntuación
	Es capaz de utilizar cualquier instrumento (la comida se puede colocar a su alcance)	10
Alimentación	Necesita ayuda	5
	Necesita ser alimentado	0
Baño	Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera	5
	Necesita cualquier ayuda	0
Vestido	Es independiente: se quita y pone la ropa, se abrocha botones y cremalleras, se ata los cordones de los zapatos	10
	Necesita ayuda, pero hace buena parte de las tareas habitualmente	5
	Dependiente: necesita mucha ayuda	0
Aseo	Independiente: se lava cara y manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla	5
	Necesita alguna ayuda	0
Uso de retrete	Es independiente: entra y sale, lo utiliza solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia	0

	Es continente e independiente	10
Defecación	Tiene alguna defecación no controlada	5
	Incontinente	0
	Es continente o capaz de cuidarse la sonda	10
Micción	Tiene escapes ocasionales (uno al día), y necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinente	0
	Es independiente: camina solo 50 metros	15
Deambulaci3n	Necesita ayuda o supervisi3n f3sica o verbal para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda se desplaza 50 metros y es capaz de girar esquinas	5
	Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia	0
	Es independiente: sube y baja solo (puede barandilla o bastones)	10
Escaleras	Necesita ayuda f3sica o verbal	5
	Incapaz de manejarse sin asistencia	0
	Es independiente	15
Transferencias	Necesita m3nima o poca ayuda (un poco de ayuda f3sica o supervisi3n verbal)	10
	Necesita mucha ayuda (una persona entrenada o dos personas), pero puede permanecer sentado sin ayuda	5
	Es incapaz, no se mantiene sentado	0
Total		

B. Índice de Katz

Se diseñ3 por un grupo multidisciplinar (m3dicos, enfermeras, fisioterapeutas, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales, con el fin de establecer una escala de valoraci3n de las actividades de la vida diaria bas3ndose en la evaluaci3n funcional de pacientes con fractura de cadera, buscando, fundamentalmente, factores pron3sticos, con el fin de delimitar y definir el concepto de dependencia.

Se establecen seis funciones sociobiol3gicas, analizando la funcionalidad del paciente en cada una de ellas de manera ordenada, con el fin de evaluar el estado funcional del paciente, permitiendo, asimismo, comparar individuos, grupos, y (lo que puede sernos de m3s utilidad para aplicar la Ley 35/2015) detectar cambios evolutivos.

Los seis ítems estudiados se ordenan de forma jerarquizada seg3n la cronolog3a en que se pierde y recupera la autonom3a:

1. Bañarse

1. No recibe asistencia.
2. Recibe asistencia para lavar una parte del cuerpo.
3. Recibe asistencia para lavar m3s de una parte del cuerpo, o no se lava.

2. Vestirse

1. Saca la ropa y se viste sin asistencia.
2. Saca la ropa y se viste sin asistencia salvo para atarse los cordones de los zapatos.

3. Recibe asistencia para sacar la ropa o para vestirse, o queda parcial o completamente desnudo.
3. Ir al servicio
 1. Va al servicio, se lava y se arregla la ropa sin asistencia (puede necesitar un bastón, una silla de ruedas, o puede manejar la cuña o la silla de retrete).
 2. Recibe asistencia para ir al servicio o a lavarse o para arreglarse la ropa o para usar la cuña o la silla de retrete.
4. Desplazarse
 1. Se acuesta y se levanta de la cama y de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto de apoyo como un bastón).
 2. Se acuesta o se levanta de la silla con asistencia.
 3. No se levanta de la cama.
5. Continencia
 1. Controla la micción y la defecación por sí mismo.
 2. Sufre accidentes relacionados con la continencia ocasionalmente.
 3. La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal: usa sonda o es incontinente.
6. Alimentación
 1. Se alimenta sin asistencia.
 2. Se alimenta aunque requiere asistencia para cortar la carne o untar el pan.
 3. Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

En función de la respuesta a cada uno de los seis ítems, se establecen siete categorías que se clasifican con siete letras (de la A a la G):

1. Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.
2. Independiente para todas esas funciones menos una.
3. Independiente para todas excepto bañarse y una función adicional.
4. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y una función adicional.
5. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.
6. Independiente para todos excepto bañarse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.
7. Dependiente en las seis funciones.

Otros: Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

C. Baremo para la valoración de dependencia

Es el que utilizo habitualmente, pues lo considero una herramienta muy útil, práctica y sobre todo objetiva. Y no es que las otras dos escalas mencionadas no cumplan estos criterios, sino que este

baremo está consagrado por ley en nuestro país. Como ya se ha expuesto este baremo en otra de las ponencias de estas jornadas, no voy a profundizar en él para no ser reiterativo, pero sí quiero resaltar que en la ley que lo promulga se nos dice que en él se establecen los “criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto para personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental”. Y esto, concretamente, es lo que nos pide la ley, que establezcamos la capacidad residual de los lesionados para realizar las tareas de la vida ordinaria una vez que sus lesiones se han estabilizado y convertido en secuelas (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).

El Baremo de Valoración de la Dependencia (en adelante, BVD), como ya se ha comentado, permite determinar las situaciones de dependencia moderada, dependencia grave y de gran dependencia en función de la puntuación obtenida, y así tendremos:

1. **Grado I. Dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.
2. **Grado II. Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.
3. **Grado III. Gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

Esto se traduce en la siguiente tabla:

Puntos	Puntos
Grado I 25-49	Nivel 1 25-39
	Nivel 2 40-49
Grado II 50-74	Nivel 1 50-64
	Nivel 2 65-74
Grado III 75-100	Nivel 1 75-89
	Nivel 2 90-100

2. Desarrollo personal

Es este, quizá, el concepto más complicado de establecer y valorar. El artículo 54 de la ley establece, como hemos visto, que las actividades de desarrollo personal son aquellas que tienen

por objeto la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad, y las enumera: disfrute de placer, vida de relación, actividad sexual, ocio y práctica de deportes, formación, desempeño de una profesión. Lo que habrá que hacer es ponderarlas y jerarquizarlas, y para ello nos podemos servir de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Si excluimos la capacidad para el desarrollo de una profesión que la veremos en un capítulo especial, porque, como ya he dicho, la ley nos invita a ello, nos quedamos con las siguientes actividades en las que debemos cuantificar basándonos en la mencionada clasificación la pérdida experimentada:

1. *Formación*

Se incluyen aquí dos conceptos fundamentales, como son la educación y la formación. En la primera agrupamos todos los niveles de enseñanza, desde la obligatoria hasta la superior, mientras que en la formación se compendia la capacidad de la persona para reorientar su vida personal y profesional mediante la adquisición de nuevas habilidades.

Por ello, la considero fundamental, y creo que debe tener un importante peso ponderado, pues la capacidad de aprender y de formarnos nos va a permitir orientar o, en su caso, reorientar nuestra vida, tanto laboral como social y personal; por lo tanto, considero que debe tener un peso ponderado de un 35 %.

2. *Vida de relación*

Se evalúa la capacidad de establecer interacciones interpersonales básicas (mostrar respeto, afecto, aprecio y tolerancia en las relaciones, usar un adecuado contacto físico en las relaciones), complejas (actuar de acuerdo a normas sociales, controlar las emociones y los impulsos, la agresividad física y verbal...), relaciones familiares y con extraños.

Se trata de una capacidad de gran importancia para el desarrollo y la convivencia de la persona en la sociedad, si bien, en un grado inferior de jerarquía que la formación. De la capacidad de relacionarnos, de establecer contacto con los demás y con nuestro entorno va a depender, en gran medida, nuestra capacidad para realizar muchas otras actividades de desarrollo personal. Por eso, creo que no es desmedido darle un peso ponderal del 25 %.

3. *Ocio y práctica de deporte*

La consideraría como la tercera actividad en importancia, por su amplitud, pues aquí se incluye la capacidad de practicar una vida sana física (actividad física) y mental (capacidad de llevar a cabo actividades culturales, de relación, socialización...). Por ello otorgamos a esta esfera una ponderación del 20 %.

4. *Disfrute de placer*

Estaría en relación con la capacidad ya no de realizar, sino de poder disfrutar y gozar de cualquiera de las otras actividades que hemos mencionado, sería un segundo paso. El primero es la capacidad de realizar actividades, y este segundo consistiría en la capacidad de disfrutar de dichas actividades, por lo que la valoración sería inferior en este caso, y la ponderamos en un 10 %.

5. *Actividad sexual*

Siguiendo la misma argumentación que en el caso anterior, creo que aunque socialmente se le da mucha importancia, su ponderación debe ser similar a la del disfrute del placer, esto es del 10 %.

3. **Actividad laboral**

No voy a profundizar en esta tercera esfera, pues, en este caso, son las leyes laborales las que establecen la capacidad de una persona para la realización de las actividades laborales, y nuestra nueva Ley 35/2015 nos recuerda la nomenclatura laboral, tan conocida y tan utilizada, *que deberemos seguir utilizando, pero ya no en solitario, sino complementado* con lo hasta aquí comentado. Así, tendremos las incapacidades laborales:

1. *Absoluta*: incapacidad para realizar ningún tipo de actividad laboral.
2. *Total*: incapacidad para seguir realizando la actividad que el lesionado venía realizando, sin perjuicio de que pueda realizar otro tipo de trabajos.
3. *Parcial*: limitación para realizar con normalidad su actividad laboral.

Hasta aquí la primera parte de esta propuesta, creo que bastante objetiva, sobre la alteración de la calidad de vida de un lesionado secundaria a las lesiones sufridas como consecuencia de un accidente de tráfico. Con lo plasmado hasta aquí se podría hacer una foto fija de la situación que no es poco, en el que determinaríamos que la persona objeto del informe presenta, bien sea con carácter temporal, bien con carácter definitivo:

1. Un grado de dependencia: X .
2. Una pérdida de su capacidad de desarrollo personal de un Y %.
3. Una pérdida de capacidad laboral de Z .

Pero con estas incógnitas, la ecuación queda planteada, pero sin resolver. La ley nos pide que resolvamos la ecuación, que indiquemos un *grado global de pérdida* e incluso que orientemos la cantidad indemnizatoria, lo cual, para un médico, es complejo, cuando no demasiado osado. Sin embargo, he aceptado el reto, y quiero compartir con ustedes mis conclusiones.

PROPUESTA

1. **Secuelas**

Para facilitar el trabajo, he subdividido cada uno de los grados que estipula la ley en tres subgrupos, en función de la gravedad, ordenados de mayor a menor gravedad. Y así tendríamos un total de 12 grupos, a cada uno de los cuales se le asigna una horquilla económica acorde con lo estipulado en la ley, con solapamientos entre los límites de la horquilla similares a los que establece la misma en los distintos grupos de pérdida de calidad de vida, con el fin de poder movernos con comodidad en los casos límites de cada grupo.

Así, y aplicando la ley, en función de las limitaciones de cada lesionado le incluiremos el grupo que más se adecúe a su situación, teniendo en cuenta todo lo hasta aquí comentado, y una vez encuadrado en un subgrupo, y teniendo en cuenta la edad, le otorgaremos una mayor o menor valoración económica:

1. **PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA MUY GRAVE:** supone la *pérdida de la casi totalidad de las AVD*, es decir, más del 75 % o una dependencia grado III. Se establece una horquilla indemnizatoria de 150.000 a 90.000 euros.
 1. Grado III (de 125.000 a 130.000 euros): sería el más grave, y por tanto aquí se encuadrarían aquellos lesionados con secuelas que produzcan una pérdida total de las actividades de la vida diaria (BVD de más de 95 o más puntos).
 2. Grado II (de 110.000 a 130.000 euros): en este grado estarían aquellos lesionados de menor gravedad que en el caso anterior, pero cuyo BVD nos arroje una puntuación de entre 94 y 86 puntos.
 3. Grado I (de 90.000 a 115.000 euros): en este caso, la gravedad también será menor que en el caso anterior, e incluiríamos aquí aquellos lesionados cuyo BVD se sitúe entre los 75 y los 85 puntos.
2. **PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA GRAVE:** la ley nos indica que estamos ante este caso cuando se ha perdido la capacidad de realizar *algunas AVD* (consideramos una pérdida del 25 y 74 % o dependencia I y II) o *la mayor parte de las Actividades de Desarrollo Personal (ADP)*, es decir, una pérdida de al menos el 75 % de las mismas o como consecuencia de las secuelas el paciente *ha perdido la capacidad para realizar cualquier actividad laboral* [Incapacidad Permanente Absoluta (IPA)]. La horquilla económica se extiende desde los 40.000 hasta los 100.000 euros.

Aquí es donde la ley ya nos incluye las tres esferas que hemos venido detallando en este trabajo, y tendremos que buscar la adecuada valoración de cada caso, para que, dependiendo de la limitación correspondiente a cada una de ellas, podamos combinarlas adecuadamente y conseguir que la foto sea lo más fidedigna posible y, por lo tanto, objetiva:

1. Grado III (de 75.000 a 100.000 euros): este sería el grado más grave dentro de este apartado, y en él incluiríamos a aquellas personas que habiendo obtenido una puntuación de entre 74 y 50 puntos en el BVD, hayan perdido un 75 % de sus actividades de desarrollo personal y además sean subsidiarios de una incapacidad laboral permanente absoluta.

2. Grado II (de 60.000 a 80.000 euros): supondría una menor gravedad que la anterior y, por ello, se encuadrarían aquí aquellos lesionados cuyas secuelas condicionen una puntuación en el BVD de entre 25 y 49 puntos y sufran o bien una pérdida del 75 % de sus capacidades de desarrollo personal o bien una pérdida total para realizar actividad laboral alguna (incapacidad laboral absoluta).
 3. Grado I (de 40.000 a 65.000 euros): menos grave que el anterior y en el que incluiremos aquellos casos en los que las secuelas no condicionen pérdida alguna de la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, pero limiten en al menos un 75 % la capacidad de realizar actividades de desarrollo personal o condicionen una incapacidad laboral absoluta.
3. PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA MODERADA: es aquella situación secuelar en la que el lesionado ha perdido *una parte relevante de sus ADP* (es decir, ha perdido más del 50 % de su capacidad de desarrollo personal) o *es incapaz de seguir realizando la actividad laboral que desarrollaba* hasta el momento del accidente; es decir, es subsidiario de una Incapacidad Permanente Total (IPT). Se establece una horquilla económica que va desde los 10.000 hasta los 50.000 euros. En este caso se reducen a dos las esferas a valorar, pues la persona mantiene intacta la capacidad para realizar sus actividades de vida diaria, y solo tiene afectada la esfera de desarrollo personal y/o laboral.

También en este caso establecemos tres niveles de pérdida:

1. Grado III (de 35.000 a 50.000 euros): sería el más grave, y supondría una pérdida de la capacidad de realizar ADP de entre un 64 y un 75 % junto con una IPT.
 2. Grado II (de 21.000 a 37.000 euros): menos grave que el anterior e incluiría a aquellos que han sufrido una pérdida de la capacidad de realizar ADP de entre un 50 y un 65 % y, además, la capacidad de realizar la actividad laboral que venían realizando (IPT).
 3. Grado I (de 10.000 a 25.000 euros): el menos grave de los tres y en el que incluiremos los casos en los que o bien la pérdida de la capacidad para realizar las ADP se sitúa entre el 50 y el 65 %, o bien se ha perdido la capacidad de realizar la actividad laboral que venían realizando (IPT).
4. PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA LEVE: en este caso la ley establece una horquilla indemnizatoria que va desde los 1.500 hasta los 15.000 euros.

En el punto 5 del artículo 107 de la ley se considera que estaremos ante un perjuicio de esta entidad cuando “el lesionado con secuelas de más de 6 puntos pierde la posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial transcendencia en su desarrollo personal”, pero también

estaremos ante un perjuicio leve cuando exista una “limitación o pérdida parcial de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo..., ...con independencia del número de puntos”.

Dado que en la mayoría de los casos de nuestra actividad profesional nos vamos a encontrar ante la necesidad de valorar este grado de pérdida de calidad de vida, creo que es adecuado pararme a analizar las posibilidades que nos propone la ley:

1. *Secuelas de más de 6 puntos*: considero que se nos está proponiendo claramente que debe haber al menos una secuela con más de 6 puntos, y no que la suma de secuelas sea mayor de 6 puntos. Esto es así porque en la ley, cuando se quiere hablar de secuelas concurrentes, se hace explícitamente (arts. 113-4: Gastos previsibles de asistencia futura; 105-1: Daños morales complementarios; y 121, 1.^a ayuda de tercera persona), y porque en la redacción del artículo se nos dice claramente que debe haber secuelas de más de 6 puntos, y no más de 6 puntos de secuelas.
2. *Actividades de especial transcendencia*: volvemos a la indefinición de la ley en cuanto a la terminología, abriéndose la discusión sobre lo que se quiere decir con “especial transcendencia”. Como lo que se trata es de objetivar el daño, estableceremos que existe esta especial transcendencia cuando la pérdida de la capacidad para la realización de actividades de desarrollo personal no supere un 50 % de las mismas.
3. *Pérdida parcial de la actividad laboral*: esto traducido a la legislación laboral, es una Incapacidad Permanente Parcial (IPP).

Con estas premisas, y al igual que en los casos anteriores, subdividimos este perjuicio en tres grados, para poder encuadrar y homogeneizar nuestras valoraciones, y así tendremos en este caso también:

1. Grado III (de 10.000 a 15.000 euros): sería el más grave, e incluiremos en este subgrupo a aquellos lesionados en los que la capacidad para desarrollar actividades de desarrollo personal se ven limitadas en un 50 %, y además, por sus secuelas, son subsidiarios de una IPP.
2. Grado II (de 5.000 a 11.000 euros): sería de una gravedad menor que la anterior, e incluiría a las personas cuyas secuelas les limitan hasta un 33 % de su capacidad para realizar actividades de desarrollo personal y además han visto limitada parcialmente su capacidad para realizar la actividad laboral que venían realizando con anterioridad al siniestro.
3. Grado I (de 1.500 a 6.000 euros): sería el menos grave, y en él incluiremos aquellos cuyas secuelas les limitan hasta un 33 % de su capacidad para realizar actividades de desarrollo personal o, en su defecto, le limitan parcialmente su capacidad para realizar la actividad laboral que venían realizando con anterioridad al siniestro.

Para una mejor comprensión y utilización de esta metodología de valoración, hemos elaborado la tabla 2, que esquematiza de una manera más visual lo hasta aquí comentado y que se adjunta al final del presente trabajo.

2. Lesiones temporales

Con problemas parecidos nos topamos a la hora de valorar las lesiones temporales, por lo que la forma de proceder no debe ser muy diferente, con la salvedad de que en estos casos las limitaciones para la realización de actividades de vida diaria, de desarrollo personal o laborales son autolimitadas en el tiempo, y el problema nos surge al intentar dilucidar en qué momento se pasa de un grado de limitación a otro. El proceso evolutivo de las lesiones es progresivo, y es muy difícil establecer fronteras taxativas entre los grados de pérdida de calidad de vida temporal, pero tendremos que hacer el esfuerzo por objetivar el momento en el que se pasa de uno a otro de los grados.

Esto nos exige un especial cuidado y seguimiento, pue es fundamental:

1. Realizar un seguimiento cercano, periódico y exhaustivo del paciente para poder valorar el grado de evolución.
2. Ser muy cuidadosos y exquisitos a la hora de realizar la anamnesis evolutiva del paciente, para conocer en cada momento el grado de capacidad para realizar las diversas actividades.

Voy a analizar uno a uno los diferentes grados de perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida que nos define la ley en sus artículos 136 y 138, tratando de proponer criterios objetivos para su valoración. En este intento, vamos a analizar también aquí las tres esferas que nos plantea la ley:

- **Actividades de vida diaria:** en este caso, por agilidad y facilidad de aplicación, propongo la utilización del *índice de Barthel*.
- **Actividades de desarrollo personal:** nos basaremos en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*.
- **Actividad laboral:** al igual que en el caso de las secuelas, nos serviremos de la legislación laboral. En este sentido, nos puede servir de orientación la existencia de un parte de baja laboral emitido por el médico de cabecera o el especialista de la mutua laboral en el caso de accidente “in itinere”, pero debemos ser nosotros, los médicos peritos, los que establezcamos si la situación médica del lesionado le permite o no realizar su actividad laboral, analizando las mencionadas bajas médicas a través de un prisma crítico.

Al igual que en el apartado anterior, analizaremos los diferentes grados de perjuicio temporal de mayor a menor gravedad.

1. **PERJUICIO PERSONAL POR PÉRDIDA TEMPORAL DE CALIDAD DE VIDA MUY GRAVE:** es el más grave, y está definido como aquel en el que el lesionado “pierde temporalmente su autonomía personal para realizar la casi

totalidad de las actividades esenciales de la vida ordinaria”. La ley nos orienta y nos pone el ejemplo de que la estancia en una unidad de cuidados intensivos constituiría un perjuicio de este grado. Sin embargo, todos conocemos casos de lesionados que no estando en una UCI podrían ser encuadrados en este grado de perjuicio. Con el fin de poder realizar una valoración objetiva, basada no solo en el tiempo de estancia en una UCI, considero que un método aceptable sería la aplicación del índice de Barthel, y basándonos en él, podríamos establecer que con una valoración de menos de 40 en este índice, estaríamos ante un perjuicio temporal *muy grave*.

2. PERJUICIO PERSONAL POR PÉRDIDA TEMPORAL DE CALIDAD DE VIDA GRAVE: es un perjuicio de menor entidad que el anterior, y es definido como aquel en el que pierde “temporalmente su autonomía personal para realizar una parte relevante de las actividades de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal”. La ley pone el ejemplo de un ingreso hospitalario, si bien, al igual que en el caso anterior, puede haber pacientes que sin estar ingresados en un hospital pueden sufrir este tipo de perjuicio.

Consideraremos, pues, que este perjuicio comenzaría en el momento en el que finaliza el perjuicio muy grave y se prolongaría mientras la persona no sea capaz de realizar al menos un 75 % de las actividades de desarrollo personal, según la ponderación realizada en base a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.

3. PERJUICIO PERSONAL POR PÉRDIDA TEMPORAL DE CALIDAD DE VIDA MODERADO: es el siguiente grado en la evolución a la mejoría, y es aquel en el que se pierde temporalmente “la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal”. Por tanto, podríamos considerar que este perjuicio duraría desde la finalización del perjuicio grave hasta que el lesionado sea capaz de realizar al menos un 50 % de las actividades de desarrollo personal.
4. PERJUICIO PERSONAL BÁSICO: es el de menor gravedad y equivale a los días transcurridos desde el fin del perjuicio moderado hasta el final del proceso curativo o hasta la estabilización definitiva de la lesión y su conversión en secuela.

Un análisis especial requiere el punto 5 del artículo 138 de la Ley 35/2015, que dice: “El impedimento psicofísico para llevar a cabo la actividad laboral o profesional se reconduce a uno de los tres grados precedentes”, siendo dichos grados precedentes los perjuicios personales por pérdida temporal de calidad de vida *muy grave*, *grave* y *moderado*. Esto lo interpretamos en muchas ocasiones en el sentido de que siempre que tengamos un parte de baja laboral, debemos considerar que estamos ante un lesionado con un perjuicio temporal por pérdida de calidad de vida al menos moderado y, ciertamente, en muchos casos así será, pero, aun así, el médico valorador, en su función de perito, debería “validar” dicha situación de baja.

Como norma general y en cumplimiento de las normas de buena praxis, nunca admitimos como

bueno la pericia de un compañero si no realizamos una anamnesis completa del perjudicado y un estudio detallado de la documentación junto con la exploración física correspondiente y las pruebas complementarias que estimemos oportuno. Tras esto, elaboramos nuestro informe, que puede o no coincidir con el realizado por otro perito. ¿por qué no actuar así al valorar el perjuicio temporal por pérdida de calidad de vida?, ¿por qué asumir el criterio de un médico de cabecera, a quien en la mayoría de los casos el volumen de pacientes que tiene que ver le impide realizar un estudio pormenorizado del trabajo de cada uno de sus pacientes antes de firmar un parte de baja?

Considero que debemos ser nosotros, los médicos peritos, los que establezcamos el grado de perjuicio por pérdida temporal de calidad de vida, pues es parte de nuestra función y es para lo que nos hemos preparado.

Muchos de los que lean o escuchen esto pensarán que las afirmaciones aquí vertidas van en contra de lo que la ley afirma en el mencionado punto 5 de su artículo 138. Nada más lejos de la realidad, pues ahí la ley nos dice que tendremos que valorar el grado de pérdida temporal de calidad de vida en función de la *capacidad* para llevar a cabo la actividad laboral y profesional, pero no nos dice *quién ha de valorar dicha capacidad*. El parte de baja laboral puede orientarnos, o ayudarnos, como cualquier otro tipo de documentación que estudiemos antes de emitir nuestro informe, pero debemos defender que, en último caso, es el perito médico la persona mejor capacitada y preparada para establecer si existe "impedimento psicofísico para llevar a cabo la actividad laboral o profesional".

Tabla 2			
	Vida diaria	Desarrollo personal	Actividad laboral
MUY GRAVE (de 150.000 a 90.000 €)	Grado III (150.000-125.000 €)	BVD: 95-100 -	-
	Grado II (130.000-110.000 €)	BVD: 86-94 -	-
	Grado I (115.000-90.000 €)	BVD: 75-85 -	-
GRAVE (de 100.000 a 40.000 €)	Grado III (100.000-75.000 €)	BVD: 50-74 y 75 %	y IP Absoluta
	Grado II (80.000-60.000 €)	BVD: 25-49 y 75 %	o IP Absoluta
	Grado I (65.000-40.000 €)	- 75 %	o IP Absoluta
MODERADA (de 10.000 a 50.000 €)	Grado III (50.000-35.000 €)	- de 65 a 74 %	y/o IP Total
	Grado II (37.000-21.000 €)	- de 50 a 65 %	y IP Total
	Grado I (25.000-10.000 €)	- de 50 a 65 %	o IP Total
LEVE (de 15.000 a 1.500 €)	Grado III (15.000-10.000 €)	- de 33 a 49 %	y IP Parcial
	Grado II (11.000-5.000 €)	- hasta 33 %	y IP Parcial
	Grado I (6.000-1.500 €)	- hasta 33 %	o IP Parcial

BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso Urzúa, M. "Calidad de vida: una revisión teórica del concepto", *Terapia Psicológica*, vol. 30(2012), n.º 1, pp. 61-71.
- Baztán, J.J., González J.I. y Del Ser, T. *Escala de actividad de la vida diaria*.
- Cobo Plana, J.A. "Cómo valorar la pérdida de calidad de vida en los artículos 107, 108 y 109 de la Ley 35/2015". *Revista de Responsabilidad Civil y Seguro*.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. y Jaffe, M.W. "Studies on illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function", *JAMA*, 185(1963), pp. 914-919.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. "Functional evaluation: the Barthel index", *Md State Med* 14 (1965), pp. 61-65.
- Valderrama, E. y Pérez del Molino, J. "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 1997; 32(5), pp. 297-306.

- World Health Organization. *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*. WHO Library.
- World Health Organization. *Quality of Life Assessment*.
- World Health Organization. *WHOQOL user manual (Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998, pp. 61-71.

6. AYUDAS TÉCNICAS Y PRODUCTOS DE APOYO PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL (ART. 58)

Dr. Jesús Figueroa Rodríguez

El mismo *artículo 58 de la ley de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*, define las ayudas técnicas y productos de apoyo como aquellos instrumentos, equipos o sistemas utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente o disponibles en el mercado, que potencian la autonomía personal o que tienen por objeto prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la vida de relación. También se incluyen aquellas que potencien su autonomía personal.

Esta definición refunde a la perfección el concepto de “ayuda técnica” que la UNE-EN ISO hace en su edición del 2003 con la definición de “productos de apoyo” que la UNE -EN ISO realiza en su 4.ª edición [BOE, 30 de octubre de 2007], que reemplaza a la anterior sobre ayudas técnicas y donde hace la siguiente clasificación:

- 04 Productos de apoyo para tratamientos médicos personalizados.
- 05 Productos de apoyo para el entrenamiento de habilidades.
- 06 Ortesis y prótesis.
- 09 Productos de apoyo para el cuidado y protección personal.
- 12 Productos de apoyo para la movilidad personal.
- 15 Productos de apoyo para tareas domésticas.
- 18 Mobiliario, adaptaciones de vivienda y otros establecimientos.
- 22 Productos de apoyo para la comunicación e información.
- 24 Productos de apoyo para manejar objetos y aparatos.
- 27 Productos de apoyo para mejorar el entorno, herramientas y máquinas.
- 30 Productos de apoyo para la recreación.

Como puede verse en dicha clasificación, los productos de apoyo, derivados del desarrollo tecnológico, van desde las prótesis y las ortesis hasta un sinnúmero de productos desarrollados especialmente para el paciente discapacitado con el fin de facilitarle las actividades de la vida diaria (AVD).

La prescripción de productos de apoyo o ayudas técnicas debe ser individualizada, teniendo en cuenta las limitaciones funcionales del paciente, posibilidades de recuperación y/o capacidades residuales del individuo.

En nuestro entorno, es de referencia obligada el catálogo de ayudas técnicas desarrollado por el CEAPAT (Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas) (www.ceapat.org/catalogo). La

información incluye características técnicas, fotografías, datos sobre fabricantes, distribuidores, etc.

El CEAPAT está coordinado con grupos europeos con las mismas inquietudes. A nivel europeo disponemos de la EASTIN (European Assistive Technology Information Network), a través de este portal podemos acceder a una orientación muy útil sobre los productos tecnológicos para las personas con discapacidad o diversidad funcional (www.eastin.info).

Como podemos deducir, disponemos de múltiples ayudas técnicas, a continuación haremos referencia a las de uso más habitual según la siguiente clasificación:

- Ayudas técnicas en las AVD.
- Movilidad y desplazamiento.
- Camas y equipamiento antiescaras.
- Comunicación, lectura y escrituras.
- Ayudas técnicas para el uso de ordenador.

1. AYUDAS TÉCNICAS EN LAS AVD

Actividad de alimentación

- *Mangos para cubiertos*: existe gran variedad de mangos que se pueden acoplar a los distintos cubiertos para múltiples problemas manipulativos (figura 1).
- *Cubiertos con asideros*: es un dispositivo que se acopla a los mangos de los diferentes cubiertos y se sujeta alrededor de la mano. Es útil para aquellas personas con dificultades para sostener objetos con los dedos.
- *Cubiertos flexibles*: para aquellas personas incapaces de dirigir el cubierto hacia la boca por problemas de movilidad de muñeca.
- *Cuchillo oscilante*: permite el corte por deslizamiento y balanceo con una sola mano. Útil para aquellas personas que tienen la movilidad del brazo reducida.
- *Cuchillo Nelson*: es un cubierto que combina dos funciones, se puede utilizar como cuchillo y tenedor. Se recomienda para personas que solo mueven una mano.
- *Platos con reborde*: están diseñados para facilitar el empuje y el arrastre de la comida, evitando que el alimento se derrame. Indicados cuando la persona realiza la actividad con una sola mano y no puede ayudarse de la otra para empujar la comida.
- *Tapetes antideslizantes*: facilita la actividad a aquellas personas que solo tienen funcionalidad en una mano y a las que padecen problemas de incoordinación de movimientos o temblor.
- *Vasos con sistema de pajita*: permiten beber de forma independiente a aquellas personas que no pueden sujetar el vaso de ninguna otra forma.

- *Vasos copa*: se sujeta en el hueco entre el pulgar y el índice, bien con la palma hacia arriba o bien hacia abajo. Permite coger el vaso cuando no se puede cerrar la mano.

Actividad de aseo personal

- *Esponjas de baño largo*: permiten el acceso a determinadas zonas del cuerpo (figura 2).
- *Peine adaptado de mango alargado*: está indicado para los pacientes con limitaciones de recorrido articular en hombro y codo.
- *Cepillos de dientes*: con mango engrosado para facilitar el agarre.
- *Asientos de bañera*: hay una gran variedad de asientos, desde simples tablas hasta sillas que se colocan en el interior de las bañeras.
- *Asientos para ducha*: son sillas de material metálico forradas que se sujetan a la pared de la cabina de ducha.
- *Alzas de asiento para inodoro*: son asientos que se colocan encima del inodoro convencional, elevando la altura del mismo.
- *Bañera de cama*: se compone de una base rígida sobre la que se acomoda la persona encamada y en la que se acoplan dos paredes laterales y una frontal. Permite realizar el baño con la asistencia de una sola persona, lo que facilita las actividades de higiene en la cama.

Actividad de vestido

- *Abotonador*: está indicado en patologías que cursen con limitaciones de recorridos articulares y también en usuarios con un solo miembro superior útil.
- *Calzador de zapatos adaptado*: evita que el usuario realice flexiones amplias de las articulaciones de cadera y rodilla para la colocación de los zapatos (figura 3).
- *Tirador de cremallera*: facilita la actividad a aquellas personas que por falta de sensibilidad o de destreza no pueden coger la hebilla de la cremallera.

Figuras 1, 2 y 3. Mangos por cubiertos, esponjas de baño largo y calzador de mango largo



2. MOVILIDAD Y DESPLAZAMIENTO

Transferencias

Se denominan transferencias a los traslados de una persona entre distintas superficies y/o de una posición a otra.

- *Tablas y esteras de deslizamiento*: facilitan la transferencia de una persona de una superficie a otra, de la silla de ruedas a la cama o a la inversa. Están indicadas para aquellas personas que requieren ayuda o que no son capaces de realizar la transferencia por sí solas.
- *Discos de transferencias*: son dispositivos de forma circular que se colocan bajo los pies del usuario y que le permiten rotar con mayor facilidad. Para la utilización de esta ayuda técnica es recomendable que el usuario pueda realizar un apoyo con ambos pies y que colabore en ponerse de pie.
- *Grúas*: se utilizan en aquellos pacientes que por su patología o situación clínica las transferencias resulten difíciles de realizar. En relación con el sistema de elevación, se clasifican en:
 - Manual: por medio de una manivela que accionará un ayudante.
 - Hidráulica: se acciona por medio de una palanca y requiere menos esfuerzo para la elevación (figura 4).
 - Eléctrica: tiene la ventaja de que el propio paciente puede accionarla sin ningún tipo de esfuerzo.

Ayudas para la deambulaci3n

- *Bastones*: los hay de diferentes modelos. Están indicados para personas que requieren una pequeña ayuda para caminar. La elecci3n entre una o varias patas dependerá de las necesidades individuales del usuario: a mayor base de apoyo, mayor estabilidad.
- *Muletas*: también las hay de diferentes modelos. Son bastones con un extremo adaptado sobre el que se apoya el antebrazo. Son útiles para aquellas personas que necesitan una ayuda moderada para caminar. Brindan mayor estabilidad que los bastones, pero también reducen la carga corporal sobre la pierna con problemas.
- *Andadores*: existe una gran variedad de modelos que se pueden dividir en:
 - Andadores sin ruedas: dotado de 4 patas, 4 conteras y 2 empuñaduras.
 - Andadores con ruedas: de 2 o 4 ruedas. Son los más utilizados. Su empuñadura puede ser manual, antebraquial o axilar.
 - Andadores con ruedas y asiento: disponen de 4 ruedas y apoyo en cadera. Su utilizaci3n más frecuente es en interiores y para individuos con capacidad muy limitada para caminar.

Son útiles para personas con severas dificultades para caminar (figura 5).

Figuras 4 y 5. Grúa hidráulica y andador de ruedas



Bipedestación

El mantenimiento de la postura de pie favorece las reacciones de enderezamiento en el tronco, mejora el funcionamiento renal y digestivo y evita la pérdida de masa ósea. Por otro lado, favorece la conservación de la movilidad articular de la cadera y rodillas en aquellos sujetos que permanecen sentados la mayor parte del tiempo.

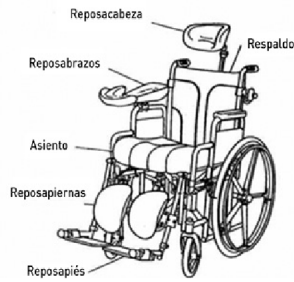
- *Plano inclinado*: consiste en una camilla con motor eléctrico que permite al paciente pasar de la posición de tumbado a la de bipedestación de forma progresiva.
- *Bipedestadores*: son dispositivos que permiten mantener al usuario en posición de pie. Generalmente suelen disponer de una pequeña mesa en la que se pueden realizar actividades, o sobre la que simplemente pueden descansar los brazos.

Sillas de ruedas

La silla de ruedas es un dispositivo que tiene por finalidad permitir la movilidad y el desplazamiento a aquellas personas incapaces de llevarlo a cabo por sí mismas debido a sus dificultades funcionales.

La gran variedad de modelos, componentes y materiales existentes hace preciso un conocimiento y puesta al día que nos permita saber con qué dispositivos contamos para cubrir las necesidades de nuestros pacientes y de esta manera, poder realizar una prescripción acorde a dichas necesidades (figura 6).

Figura 6. Componentes de silla de ruedas



A la hora de prescribir una silla de ruedas debemos tener en cuenta:

- La adaptación al usuario.
- Las dimensiones de la silla.
- Las características del entorno.
- Las actividades diarias a realizar.
- La facilidad del transporte.
- La seguridad.

Hay diferentes tipos de sillas de ruedas, básicamente las podemos dividir en:

- *Sillas de ruedas manuales*: son sillas con asiento con respaldo y ruedas laterales que permiten el desplazamiento mediante empuje manual. Las hay de diferentes materiales y pueden ser estándar o a medida.
 - Sillas de ruedas autopropulsadas: estas sillas pueden ser impulsadas por el asistente o por el propio usuario. Entre estas últimas, la más común es la de propulsión bimanual desde las ruedas traseras.
 - Sillas de ruedas no autopropulsadas: son propulsadas por un asistente. Sus ruedas traseras de menor tamaño pueden ser medianas o pequeñas. Las hay plegables y fijas.
- *Sillas de ruedas eléctricas*: silla que es impulsada por una fuente de energía eléctrica. Pueden ser de interior, de exterior o mixtas. Están ideadas para personas con imposibilidad o severa dificultad para caminar, pero con capacidades cognitivas y sensoriales que permitan su manejo.
- *Sillas de ruedas de bipedestación*: son sillas de propulsión manual o eléctrica que permiten al usuario ponerse de pie en su propia silla y de esta forma beneficiarse de esta postura.

Hay diferentes accesorios para las sillas de ruedas con el objeto de adaptarla a las necesidades particulares del usuario. Cada modelo de silla tiene sus propios accesorios:

- *Respaldo*: puede ser rígido o flexible y fijo o reclinable. Los respaldos flexibles se recomiendan a los usuarios ocasionales o a aquellas personas que posean un

buen control postural. Los respaldos rígidos son más adecuados para los usuarios permanentes de silla de ruedas o para aquellos con control postural deficitario.

- *Asiento*: al igual que los respaldos, pueden ser flexibles o rígidos y su indicación dependerá también del control postural del usuario y del uso que se le vaya a dar.
- *Sujeciones de la silla*: hay una amplia gama de productos diseñados para mejorar la estabilidad y la seguridad de los usuarios de las sillas de ruedas. Los más comunes son los chalecos y cinchas.
- *Reposabrazos*: los hay abatibles, desmontables y regulables en altura para favorecer las transferencias y una postura correcta.
- *Reposacabezas*: indicado para usuarios con pobre control cefálico. Puede ser extraíble, regulable en altura, reclinable, flexible o rígido.
- *Reposapiés*: los hay regulables en altura, abatibles y desmontables.
- *Apoya piernas*: los hay de dos tipos, en forma de cincha y acolchados.
- *Ruedas*: pueden ser neumáticas o macizas y pivotantes o motrices. El diámetro de la rueda varía según el tipo y el modelo de silla. Para sillas de ruedas exteriores, se aconsejan ruedas grandes y neumáticas. Para sillas de uso exclusivo en interiores se aconsejan las de pequeño diámetro y macizas.
- *Mandos de control de sillas de ruedas eléctricas*: pueden dirigirse con la mano, el mentón, la cabeza o cualquier otra parte del cuerpo que conserve movilidad y precisión suficientes.
- *Otros*: bandejas, mesas, soportes, etc.

Dispositivos salvaescaleras

La elección va a depender de:

- *Las características de la escalera*
 - Si pertenece a una comunidad de vecinos o está dentro de su propia casa.
 - El ancho de escalera.
 - La altura y distancia a salvar.
 - El número de giros a realizar.
- *Las características del usuario*
 - Tipo de silla de ruedas que utiliza.
 - Su dependencia respecto de la silla (si es capaz de pasar de una silla a otra o no).
 - Necesidad y disponibilidad de una tercera persona.
- *Plataforma elevadora para silla de ruedas*: las hay de desplazamiento vertical y con desplazamiento inclinado.

- *Sillas salvaescaleras*: la silla se desliza por un raíl. El asiento puede ser plegable y giratorio. Dispone de reposabrazos abatible y reposapiés con suelo antideslizante.
- *Oruga montaescaleras*: dispositivo accionado por una batería eléctrica recargable que permite a un usuario en su silla de ruedas subir y bajar varios tramos de escalera.
- *Rampa*: dispositivos que permiten salvar una barrera arquitectónica a un usuario de silla de ruedas. Pueden ser de dos raíles o de una sola pieza. La rampa ha de ser sólida y de superficie antideslizante. Hay multitud de modelos.

3. CAMAS Y EQUIPAMIENTO ANTIESCARAS

- *Cama articulada*: se acciona mediante un mecanismo eléctrico o hidráulico, provisto de ruedas para facilitar el traslado. Esta cama está indicada para los usuarios con gran nivel de dependencia; facilita las transferencias, los cambios posturales y la higiene de personas encamadas.
- *Colchones antiescaras*: estos colchones previenen la formación de úlceras por presión mediante una distribución uniforme de las presiones sobre toda la superficie de contacto corporal. Están pensados para personas encamadas con riesgo de padecer úlceras por presión o con dificultades para cambiar de postura, ya que permiten una reducción de la frecuencia en los cambios posturales. Los hay de diversos tipos:
 - De espuma: están formados por cubos o celdas cuadradas que se adaptan a los relieves generales del cuerpo, lo que permite distribuir el peso y reducir la presión excesiva. Tienen la ventaja de bajo precio, peso ligero y fácil manejo, y los inconvenientes de la dificultad de almacenaje cuando no se precisa, de la dificultad de su lavado y de la alteración de la espuma con el tiempo.
 - De aire: los hay de presión constante y presión alternante. Tienen el inconveniente de que se pueden pinchar. No son fáciles de reparar y hay que revisar su presión.
 - De agua: pueden ser de una sola cámara hídrica o de diversos módulos. Tienen como inconvenientes que se pueden pinchar, pesan excesivamente, el manejo del paciente es dificultoso y el cambio postural es complicado.
 - De gel: se adapta a los contornos del cuerpo, actúa como una capa de grasa, consigue la amortiguación del peso en prominencias óseas y disminuye las fuerzas de fricción. Los inconvenientes son su precio y su peso elevados.

- *Cojines antiescaras* (figura 7), que pueden ser:
 - De espuma: reducen presión en isquion. Pueden ser en una pieza o en bloques de diferentes densidades según reparto de presiones. Son los más ligeros y más económicos.
 - De aire: formados por celdas interconectadas que permiten el paso del aire con los movimientos voluntarios del paciente. Pueden ser de compartimento único (una válvula) o doble (dos válvulas). Pueden ser de perfil alto: 10 cm; o de perfil bajo: 5 cm. No se recomiendan los flotadores.
 - Gel: se produce un fenómeno de desplazamiento y recuperación que disminuye la fricción.
 - Mixto: de espuma y gel.

Figura 7. Cojín antiescaras de aire



4. COMUNICACIÓN, LECTURA Y ESCRITURA

Existen múltiples dispositivos, sistemas y recursos que favorecen la interacción comunicativa cuando existen dificultades para que pueda llevarse a cabo. Básicamente distinguimos dos tipos:

- *Los sistemas aumentativos de comunicación*, que complementan el lenguaje oral cuando, por sí solo, no es suficiente para entablar una comunicación efectiva con el entorno.
- *Los sistemas alternativos de comunicación*, que sustituyen al lenguaje oral cuando este no es comprensible o está ausente.

Los sistemas de comunicación se clasifican según su forma de representar los mensajes o ideas: gestos, palabras, letras, imágenes o fotografías. Estos sistemas de comunicación pueden usar diversos soportes:

- *Cuadernos, tableros o carpetas*: el sistema alternativo de comunicación convencional, que suele ser de tipo papel, puede estar colocado sobre tableros, en carpetas, cuadernos o pequeñas carteras. Están indicados para personas con graves problemas para hablar (figura 8).
- *Comunicadores*: son dispositivos electrónicos que transforman las frases escritas con un teclado en mensajes de voz. Existen multitud de aparatos que

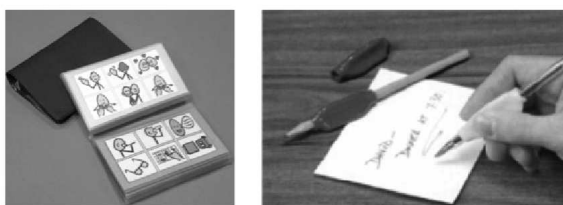
ofrecen diferentes posibilidades, lo que nos permite diseñar un sistema alternativo según las capacidades comunicativas y cognitivas de la persona.

- *Ordenadores con programas específicos de comunicación*: son programas informáticos que ayudan a comunicarse a personas con problemas tales como ausencia de voz, dificultades para escribir o imposibilidad de expresarse de forma oral. Estos programas pueden ser instalados en diversos formatos como una tableta, un ordenador de mesa o un ordenador portátil.

Para la lectura y escritura hay diversos dispositivos de ayuda:

- *Atriles para la lectura y escritura*: permiten colocar los libros, revistas, hojas, etc., en el campo de visión de una persona para facilitarle la lectura y escritura.
- *Pasapáginas*: hay diversos dispositivos pasapáginas que pueden ser útiles para personas con dificultades muy importantes de movilidad en sus extremidades superiores.
- *Bolígrafos adaptados y mangos para bolígrafos y lápices*: hay diferentes bolígrafos y mangos con múltiples formas, pesos y texturas que permiten escribir o dibujar a personas con limitación de movimientos, temblores o disminución de la fuerza en los miembros superiores (figura 9).
- *Ayudas ópticas para la lectura*: hay lupas, con o sin iluminación incorporada y gafas prismáticas para personas con problemas de visión o personas que han de permanecer encamadas.

Figuras 8 y 9. Cuadernos para la comunicación y mangos para bolígrafos



5. AYUDAS TÉCNICAS PARA EL USO DE ORDENADOR

- *Ratones*: hay diferentes tipos de ratones de ordenador dirigidos a personas que presentan dificultades motoras para manejar un ratón convencional. Disponemos de diferentes adaptadores para el ordenador convencional, botoneras, joystick, bolas, pelotas, de cabeza, etc.
- *Teclados*, hay dos alternativas:
 - Incorporar uno o varios dispositivos al teclado convencional: carcasa, atril, pegatinas, varillas para teclear, etc.
 - Utilizar teclados con diseños específicos: teclados ergonómicos, teclados para una mano, teclado de conceptos, etc.

- *Pantalla*: disponemos de diferentes tipos de pantallas táctiles, con sistemas de revisión de pantalla para personas con grandes dificultades de visión, que pueden acceder al ordenador a través de la audición, sistemas de ampliación de la imagen, etc.
- *Programas informáticos especiales*:
 - *Sistemas de reconocimiento de voz*: estos programas informáticos nos permiten manejar el ordenador mediante el habla. Están dirigidos a personas con problemas muy importantes de movilidad en los miembros superiores y que conservan la capacidad de hablar de forma clara, audible y bien articulada.
 - *Teclados virtuales*: se representa en la pantalla un teclado que puede ser programado de forma más o menos compleja en función de las capacidades del usuario.
 - *Sintetizadores de voz*: convierte el texto escrito en el ordenador en mensajes de voz.
 - *Iriscom*: se trata de un sustituto de ratón que permite manejar el cursor a lo largo de toda la pantalla mediante el movimiento del ojo. Está indicado para personas con problemas de movilidad que afectan a todas las partes del cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

- *Catálogo general de ayudas técnicas*, vols. 1 y 2. Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO), 2007.
- *Comunicación aumentativa y alternativa: guía de referencia*. Ceapat, mayo de 2010.
- López de Lacey, E. y Pascual Gómez, F. "Grúas y sistemas de transferencia", en Zambudio Periago, R. *Prótesis, ortesis y ayudas técnicas*, ed. Masson, 2009, pp. 329-332.
- *Manual de ayudas externas*. Servicio de Daño Cerebral de Aita Menni, 2005.
- Pascual Gómez, F. "Ayudas técnicas versus productos de apoyo", en Zambudio Periago, R. *Prótesis, ortesis y ayudas técnicas*, ed. Masson, 2009, pp. 319-322.
- Ramos Sánchez, M. y Pascual Gómez, F. "Ayudas técnicas en las actividades de la vida diaria", en Zambudio Periago, R. *Prótesis, ortesis y ayudas técnicas*, ed. Masson, 2009, pp. 323-328.
- Sotos Portales, C. "Sillas de ruedas", en *Manual SERMEF de Medicina Física y Rehabilitación*, Madrid, Panamericana, 2006, pp. 245-252.
- Sotos Portales, C. "Sillas de ruedas", en Zambudio Periago, R. *Prótesis, ortesis y ayudas técnicas*, ed. Masson, 2009, pp. 309-318.

- *UNE-EN ISO 9999: 2007 Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología (ISO 9999:2007).*
- Zambudio Periago, R. "Ayudas para la marcha", en Zambudio Periago, R. *Prótesis, ortesis y ayudas técnicas*, ed. Masson, 2009, pp. 301-308.

7. PROPUESTA DE CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL NUEVO BAREMO (LEY 35/2015) Perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas

Dr. Adolfo Poncio

INTRODUCCIÓN

La Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a la persona en accidentes de circulación, de larga, pluridisciplinar y matizada elaboración, es la actualización por el legislador de un sistema o "Baremo" que desde 1991 había sido francamente válido, pero que precisaba mejorar cuantitativa y cualitativamente.

El perjuicio causado a los accidentados por intervenciones quirúrgicas derivadas de este es una novedad del nuevo baremo y, además, su redacción y determinación en la ley no es hermética en su aplicación para asignar el *quantum* indemnizatorio dentro de la horquilla económica determinada.

Esta apertura a distintas interpretaciones ha suscitado diversas e interesantes aportaciones dentro de la Valoración del Daño Corporal, pretendiendo esta ponencia, tras una idea general, dar una propuesta de aplicación al médico valorador, sin pretensiones de obviar lo que otros compañeros han expuesto al respecto.

PLANTEAMIENTO GENERAL

El art. 140 de la Ley 35/2015 determina el *perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas*: "El perjuicio personal particular que sufre el lesionado por cada intervención quirúrgica a la que se someta se indemniza con una cantidad situada entre el mínimo y el máximo establecido en la tabla 3B, en atención a las *características de la operación, complejidad de la técnica quirúrgica y tipo de anestesia*".

Tabla 3.B: Indemnización por lesiones temporal. Por cada intervención quirúrgica desde 400 hasta 1.600 euros (de 401 a 1.604 euros con la actualización económica de cuantías para 2017, establecida por el R.D. 746/2016, de 30 de diciembre de 2016, que incrementa en un 0,25 %).

DEFINICIÓN

Perjuicio personal particular que sufre el lesionado por cada IQ.

De 401 a 1.604 € (tabla 3.B)

Según:

1. Características de la operación
2. Complejidad de la técnica quirúrgica
3. Tipo de anestesia

Intervención quirúrgica: Práctica médica invasiva (abierta, percutánea o endoscópica), con fines terapéuticos o diagnósticos, realizada en un paciente. El paciente generalmente ha recibido anestesia para que el médico pueda realizar la incisión/invasión. La intervención se realiza en un quirófano estéril.

1. Características de la operación

Para considerar las características de la operación, dentro de las múltiples clasificaciones existentes (según órganos o zona corporal a intervenir, urgencia, programada o electiva, según gravedad extensión e importancia, etc.), estimamos la "Clasificación terminológica y codificación de actos y técnicas médicas": nomenclátor de la OMC.

CARACTERÍSTICAS DE LA IQ

Clasificación terminológica y codificación de actos y técnicas médicas - OMC

NOMENCLÁTOR

- 9 Grupos (0 - VIII)

Progresión según utilización de medios y gravedad de la patología.

Nomenclátor de la OMC (última actualización en marzo de 2017). Origen con criterio económico de facturación a las compañías aseguradoras de asistencia sanitaria. La codificación de especialidades se realiza por un código numérico de 2 dígitos, empezando por Medicina General como 01, Pediatría 02, para seguir con las sucesivas especialidades por orden alfabético, hasta el 41 para Urología (Cirugía general es el 11, Cirugía maxilofacial el 12, Traumatología el 40...).

Determina *nueve grupos* de intervenciones quirúrgicas del *0 al VIII*, en progresión según los medios utilizados y gravedad de la patología. Adjunta numeración de clasificación por el Código Internacional de Enfermedades (CIE), novena revisión.

CARACTERÍSTICAS DE LA OPERACIÓN

NOMENCLÁTOR

Algunas intervenciones quirúrgicas frecuentes en UDC

Grupo 0	Absceso desbridamiento. Drenaje. Extracción de cuerpo extraño superficial.
Grupo I	Colocación percutánea de clavos y agujas para tracción continua. Extracción material osteosíntesis (pequeña intervención). Suturas heridas de menor cuantía, limpieza y sutura Scalp. Punción evacuadora, artrocentesis, fractura huesos nariz (maxilofacial).
Grupo II	Amputación dedo (uno o varios en el mismo miembro). Movilización ortopédica bajo anestesia (hombro, codo, rodilla). Limpieza foco osteomielitis.
Grupo III	Extracción material osteosíntesis (grandes intervenciones). Fractura de clavícula (tto. cruento). Fractura de MTT (tto. Q). Artrodesis dedos (uno o varios en el mismo miembro). Fractura cabeza radial con desplazamiento.
Grupo IV	Acromioplastia por artroscopia. Artrodesis, subastragalina, tibio-peróneo-astragalina. Cuerpo extraño articular, extracción por artroscopia. Fractura cabeza peroné (TQ). Hernia discal. Quimionucleosis.
Grupo V	Fractura supracondílea húmero. Fractura supra/intercondílea fémur. Artrodesis muñeca. Luxación rodilla TQ. Cóndilo femoral aislada TQ. Fractura cuello fémur TQ. Fractura diáfisis fémur con desplazamiento.
Grupo VI	Fractura acetabular TQaArtrodesis cervical poshernia discal. Dissectomía. Artroplastias parciales grandes articulaciones. Lesiones complejas de ligamentos y meniscos TQ plastias ligamentosas (una o varias en el mismo miembro).
Grupo VII	Artroplastia cadera con prótesis total. Pseudoartrosis diáfisis húmero. Pseudoartrosis cuello fémur. Trasplante dedos.
Grupo VIII	Fusiones vertebrales amplias vía anterior. Reimplante brazo, antebrazo, mano.

El Dr. Cobo Plana estima la valoración de las *características de la operación*, según el efecto en la persona lesionada, respecto a que la IQ exija *ingreso en UCI o el tiempo de ingreso en planta*, estableciendo puntuación decreciente.

ELECCIÓN EXCLUYENTE DE UNA POSIBILIDAD EN CADA GRUPO

- Características de la operación.
- Con ingreso en UCI.
- Con ingreso hospitalario prolongado en planta (> de 30 días).
- Con ingreso hospitalario prolongado en planta (> de 7 días y menor de 30 días).
- Con ingreso hospitalario medio en planta (>24 horas y >7 días).
- Sin ingreso hospitalario o >24 horas de ingreso.

2. Complejidad de la técnica quirúrgica

1. Según tipo de cirugía:

1. *Cirugía Menor (CMn)*: anestesia local. Sin riesgo para el paciente. Tiempo de recuperación breve sin hospitalización.
 2. *Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)*: intervención quirúrgica sin ingreso hospitalario, de complejidad moderada.
 3. *Cirugía Laparoscópica (CLp)*: varias incisiones de reducido tamaño introduciendo pequeña cámara. Intervención mínimamente invasiva.
 4. *Cirugía Láser (CL)*.
 5. *Cirugía Invasiva (CI)*: Cirugía mayor tradicional, a cielo abierto con grandes incisiones; debe estar ingresado varios días y convalecencia larga.
 6. *Trasplantes*: alta complejidad, actúan equipos de varias especialidades, mucho tiempo quirúrgico.
2. Según tiempo de intervención y necesidad o no de transfusión:

COMPLEJIDAD TÉCNICA QUIRÚRGICA

TIEMPO/NECESIDAD TRANSFUSIÓN

- *Cirugía Menor*: procedimiento de menos de 45' sin transfusión sanguínea.
 - *Cirugía Mediana*: entre 45' y 2 h sin transfusión.
 - *Cirugía Mayor*: entre 2 y 6 h y/o que precisan transfusión.
 - *Cirugía Mayor Compleja*: más de 6 h y/o requieren politransfusión dentro de las 24 h postoperatorias.
3. Según porcentaje de estimación del riesgo quirúrgico:

Entendiendo por riesgo quirúrgico el riesgo de muerte cardiovascular e infarto de miocardio a los 30 días. Tiene en cuenta solamente la intervención quirúrgica específica sin considerar las comorbilidades del paciente.

RIESGO QUIRÚRGICO

Complejidad técnica de la IQ

De bajo riesgo: <1 %

De riesgo intermedio: 1-5 %

De alto riesgo: >5 %

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía menor• Mama• Dental• Endocrino: tiroides• Ojo• Reconstructiva• Carotidea asintomática (ECA o CAS)• Ginecológica menor• Ortopédica menor (meniscectomía)• Urológica menor (p. ej. RTU próstata) | <ul style="list-style-type: none">• Intraperitoneal (p. ej. esplenectomía, reparación hernia hiato, colecistectomía)• Carotidea sintomática (ECA o CAS)• Angioplastia arterial periférica• Reparación de aneurisma endovascular• Cirugía de cabeza y cuello• Neurológica u ortopédica mayor (cadera y cirugía de columna vertebral)• Urológica o ginecológica mayor• Trasplante renal• Intratorácica mayor | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía aórtica y cirugía vascular mayor• Revascularización abierta del miembro inferior o amputación o tromboembolectomía• Cirugía duodeno-pancreática• Resección del hígado, cirugía de las vías biliares• Esofagectomía• Reparación del intestino perforado• Resección adrenal• Cistectomía total• Neumonectomía pulmonar o trasplante de hígado |
|---|--|---|

Es también apreciable la clasificación del riesgo quirúrgico del Johns Hopkins Hospital, propuesta por el Dr. González Villalón (trabajo fin de máster de la Universidad Internacional de Andalucía). Clasifica el riesgo en cinco grados de mayor a menor, según grado de invasión y el sangrado y las intervenciones incluidas y excluidas en cada uno de los grados.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO QUIRÚRGICO (JOHNS HOPKINS)

RIESGO	INVASIÓN	SANGRADO	INCLUYE	EXCLUYE
1 Mínimo	Mínima	Mínimo	Biopsia mamaria, resección de lesiones cutáneas, miringotomía, histeroscopia, cistoscopia, vasectomía, circuncisión, broncoscopia.	Exposición de órganos internos, reparación de estructuras vasculares o nerviosas, colocación de prótesis o necesidad de cuidado posoperatorio en UCI.
2 Leve	Moderada	<500 ml	Laparoscopias diagnósticas, dilatación y curetajes, ligadura de trompas uterinas, tonsilectomía, adenoidectomía, herniorrafía umbilical, septoplastia, biopsias percutánea pulmonar, colecistectomía laparoscópica.	Exposición de órganos internos, reparación de estructuras vasculares o nerviosas, colocación de prótesis o necesidad de cuidado posoperatorio en UCI.
3 Moderado	Significativa	500-1.500 ml	Tiroidectomía, histerectomía, miomectomía, colecistectomía, laminectomía, reemplazo de rodilla o cadera, nefrectomía, procedimiento laparoscópico mayor, resección o reconstrucción del tracto digestivo.	Cirugía de tórax o abdomen abierto, reparación vascular mayor, cuidado posoperatorio en UCI.
4 Alto	Alta	>1.500 ml	Reconstrucciones ortopédicas mayores, reconstrucción del tracto gastrointestinal, cirugía genitourinaria mayor como prostatectomía retropúbica, reparación vascular mayor.	Cirugía de tórax o abdomen abierto, cuidado posoperatorio en UCI.
5 Crítico	Alta	>1.500 ml	Procedimientos cardiorráquicos, intracraneanos, cirugía mayor cervicofacial, cirugía reparadora vascular, esquelética, neuroquirúrgica. Requiere manejo posoperatorio en UCI.	

El Dr. Cobo Plana sugiere valorar la complejidad de la técnica quirúrgica, por el efecto personal en el lesionado: riesgo, no por el tipo de lesión ni técnica quirúrgica para repararla, estableciendo cuatro tipos de riesgo con puntuación decreciente:

- Con riesgo grave.
- Con riesgo moderado.
- Con riesgo ligero.
- Sin riesgo presumido relevante.

Complejidad de la técnica quirúrgica

Con riesgo grave	4
Con riesgo moderado	3
Con riesgo ligero	2
Sin riesgo presumido relevante	1

3. Tipo de anestesia

El riesgo anestésico se relaciona directamente con el estado de salud previo a la intervención y

aumenta si la cirugía es urgente, considerando el *estado previo y la complejidad de la intervención*; esto es las descompensaciones de enfermedades previas, las reacciones alérgicas a los sueros y medicamentos administrados, las reacciones adversas a la administración de sangre y derivados, y las monitorizaciones invasivas en operaciones largas.

La clasificación más usada habitualmente por su sencillez es la clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists). Permite clasificar a los pacientes en cinco grados, añadiendo una "E" en caso de emergencia.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ASA

I	Paciente sano.	Paciente sano.
II	Enfermedad sistémica leve a moderada. Sin limitación funcional.	Fumador. Hipertensión controlada. Diabético controlado.
III	Enfermedad sistémica grave. Con limitación funcional.	Cardiópata por isquemia (angina o infarto) con tolerancia al esfuerzo.
IV	Enfermedad sistémica grave. Riesgo de vida para el paciente.	Bronquitis crónica con disnea en reposo. Paciente en hemodiálisis a espera de trasplante renal.
V	Paciente moribundo.	Pocas posibilidades de supervivencia.

Cirugía de emergencia: se agrega el sufijo "E".

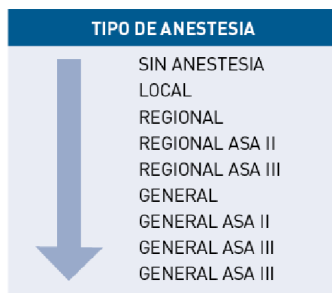
Edad avanzada (>70 años): incrementa el índice ASA de I a II.

Respecto al tipo de anestesia, los compañeros de la Sociedad Vasca de VDC (Dr. Aranda, Dr. Loidi, Dr. Sellart) consideran la anestesia local, la sedación, la anestesia locoregional y la anestesia general junto con los grados ASA en su propuesta de factorización y valoración de las intervenciones quirúrgicas.

El Dr. Cobo Plana considera la graduación en tres tipos de anestesia: local, regional y general.

Clasificación por el tipo de anestesia del Dr. Cobo Plana	
Grado	Tipo de anestesia
1	Local
2	Regional
3	General

- **Anestesia local:** se insensibiliza únicamente la zona donde se realizará la intervención, sin alterar el nivel de conciencia.
- **Anestesia regional:** aplicación de medicamentos anestésicos que bloquean grupos de nervios o una zona de la médula espinal, insensibilizando una parte específica del cuerpo (por ejemplo, la cirugía de la mano en la que se infiltra el plexo braquial para anestesiarse completamente la extremidad superior). Se incluiría la anestesia espinal, tanto la raquídea como la epidural, que permite anestesiarse zonas más amplias, como todo el hemicuerpo inferior. El paciente permanece despierto o con una sedación suave.
- **Anestesia general:** utilizando combinación de gases inhalados y medicamentos anestésicos endovenosos se produce la relajación muscular y bloqueo de todas las sensaciones de dolor, logrando la inconsciencia total.



Fuente: Sociedad Vasca VDC.

SITUACIÓN ACTUAL

Hasta la actualidad y prácticamente generalizado, TIREA (Tecnologías de la Información y Redes para Aseguradoras) y los programas de las compañías aseguradoras usan para la valoración del perjuicio por intervenciones quirúrgicas los grupos del *Nomenclátor* de la OMC, con distintas formas de aplicar la indemnización respecto de dichos grupos:

- Tirea:
 - Grupo 0: 401 €
 - Grupo I: 551,30 €
 - Grupo II: 651,63 €
 - Grupo III: 802 €
 - Grupo IV: 962,38 €
 - Grupo V: 1.102,75 €
 - Grupo VI: 1.253,13 €
 - Grupo VII: 1.453,63 €
 - Grupo VIII: 1.604 €
- O bien (según aseguradoras), otorgando 400 € al grupo 0, con incrementos de 150 € por cada grupo, hasta los 1.600 € para el grupo VIII; asignando un 25 % del máximo de la indemnización (400 € al grupo 0 y I, 50 % al II, III y IV, 75 % al VI y al VII, y el 100 % para el grupo VIII); o considerando ocho grupos del I al VIII, etc., según compañías.

No obstante, el uso generalizado del Nomenclátor de OMC, dado que este valora fundamentalmente la *complejidad de la técnica quirúrgica*, más que el *efecto personal sobre el lesionado*, teniendo en cuenta que se trata de un daño moral personal, se estima que el *riesgo* y el *tipo de anestesia* han de ser también considerados para la graduación y valoración de la indemnización por intervenciones quirúrgicas.

Este planteamiento ha suscitado algunas importantes propuestas de valoración, frente a la sencillez del uso del Nomenclátor. De estas, y sin perjuicio de otros estudios en curso y/ o no conocidos por este autor, necesariamente he de reseñar:

- El Dr. Cobo Plana establece un sistema de puntuaciones con elección excluyente de una posibilidad en cada grupo un máximo de 12 puntos (1.600 €) y un mínimo de 3 puntos (400 €), estimando, además, que aquellas

actuaciones diagnósticas que requieren medios quirúrgicos y su realización por especialistas médicos se deben considerar también como intervenciones quirúrgicas. Aplica:

- Gravedad de la intervención quirúrgica como *característica de la intervención según el ingreso hospitalario* que suscite con 5 apartados: 5 puntos para el ingreso en UCI, 1 punto sin ingreso hospitalario o de menos de 24 horas.
- *Complejidad de la técnica quirúrgica*, pero no por la complejidad en sí, sino por el efecto personal en el lesionado, por ello sugiere el *riesgo* como una forma de evaluar ese efecto, estableciendo 4 apartados con 4 puntos para el riesgo grave, 3 puntos el moderado, 2 puntos el ligero y 1 punto para intervenciones sin riesgo relevante.
- *Tipo de anestesia* con 3 puntos para la general; 2 puntos, regional; y 1 punto, local.

TABLA 3.B
(ELECCIÓN EXCLUYENTE DE UNA POSIBILIDAD EN CADA GRUPO)

Características de la operación

Con ingreso en UCI	5
Con ingreso hospitalario prolongado en planta (> de 30 días)	4
Con ingreso hospitalario prolongado en planta (> de 7 días y menos de 30 días)	3
Con ingreso hospitalario medio en planta (> de 24 horas y > 7 días)	2
Sin ingreso hospitalario o > de 24 horas de ingreso	1

Complejidad de la técnica quirúrgica

Con riesgo grave	4
Con riesgo moderado	3
Con riesgo ligero	2
Sin riesgo presumido relevante	1

Tipo de anestesia

General	3
Regional	2
Local	1

VALOR TOTAL POR SUMA DE PUNTOS =

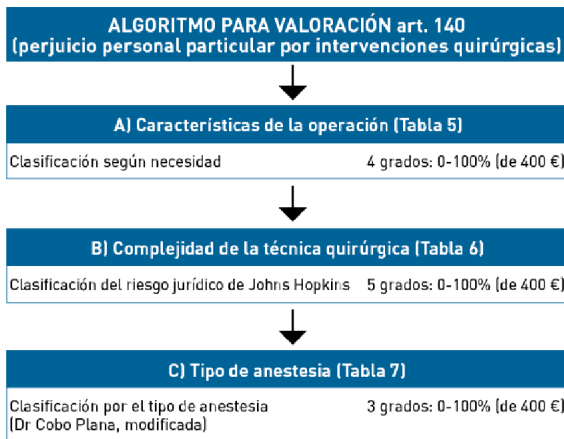
- El Dr. González Villalón en su trabajo de fin de máster (UNIA), expone una propuesta de valoración, considerando que cada intervención quirúrgica debe ser indemnizada con un mínimo de 400 €, más una cantidad variable de 0 a 1.200 € que divide proporcionalmente de 0 a 400 € para cada uno de los 3 apartados explicitados por la ley, asignando un sistema de porcentajes.

Para las *características de la operación*, la clasifica en grados según su necesidad, que iría con un porcentaje del 0 al 10 % (de los 400 €) para la

cirugía electiva, 11-30 % para la programada, 31-70 € para la intervención de urgencia y 71-100 % para la emergencia o urgencia extrema.

Para la complejidad de la técnica quirúrgica, también la valora en función del riesgo para la persona adoptando la clasificación del riesgo quirúrgico del Johns Hopkins en cinco grados según el tipo de invasión y el sangrado, estableciendo porcentajes crecientes (de los 400 €) para cada grado.

Tipo de anestesia: local, 0-20 % (de los 400 € para este apartado); regional, 21-50 %; y general, 51-100 %.



- **Sociedad Vasca de VDC (Dr. Aranda, Dr. Loidi y Dr. Sellart, Bilbao, 22-06-2017).** Efectúa una propuesta de factorización, también con puntuación mínima de 3 puntos y hasta un máximo de 26 puntos, considerando:
 - *Características de la operación: Nomenclátor OMC.* Estableciendo 1 punto de forma creciente para cada grupo (del grupo 0, 1 punto, al VIII: 8 puntos).
 - *Complejidad de la técnica quirúrgica de 0 a 8 puntos:* 1 para C. Menor, C. láser, 2 puntos; CM. Ambulatoria, 3 puntos; C. Endoscópica/ Laparoscopia, 4-5 puntos; cirugía invasiva, 6 puntos; trasplante, 8 puntos.
 - *Tipo de anestesia: 9 apartados,* considerando el *tipo de anestesia aplicada y los grados ASA* (sin anestesia: 0 puntos; local: 1 punto; regional, 4 puntos; R. ASA II, 5 puntos; R. ASA III, 6 puntos; general, 7 puntos; G.ASA II, 8 puntos; G. ASA III, 9 puntos; y G. ASA IV, 10 puntos).
 - Además, consideran que, en caso de *dos o más intervenciones en el mismo acto quirúrgico,* se valora al 100 % la más grave o compleja, el 50 % de la valoración de la segunda intervención y el 30 % en caso de existir una tercera.
 - Estiman las *infiltraciones* indemnizables en el apartado de intervenciones quirúrgicas como grupo 1, y en caso de requerir varias infiltraciones, a la segunda se aplicaría el 50 % y a la tercera y sucesivas, el 25 %.

PROPUESTA FACTORIZACIÓN LEY 35/15, art. 140				
NOMENCLÁTOR		C. Técnica	Tipo anestesia	
Características	Ptos.	Técnica	Ptos.	Anestesia
Categoría 0		C. Menor		Sin anestesia
Categoría I		C. Láser		Local
Categoría II		C. M. Ambulat.		Regional
Categoría III		C. Endos/Lap.		R. ASA II
Categoría IV		Cirugía invasiva		R. ASA III
Categoría V		Trasplante		General
Categoría VI				G. ASA II
Categoría VII				G. ASA III
Categoría VIII				G. ASA IV

PROPUESTA

Conformes con la valoración, no solo de la complejidad de la técnica quirúrgica, sino también del riesgo o efecto personal sobre el lesionado y del tipo de anestesia. Y con la intención de facilitar al máximo el trabajo del médico de VDC, se considera una propuesta intermedia entre las descritas.

En el trabajo diario, me parece muy difícil tener el conocimiento del sangrado preciso para la valoración del riesgo quirúrgico por la clasificación del Johns Hopkins, siendo ese un dato difícilmente conocido por el lesionado y que no figura en los informes médico-asistenciales, sino en la historia clínica. Tampoco suele ser frecuente contar con los estudios preoperatorios, y aunque de gran validez científica, la graduación del tipo de anestesia con los grados ASA y determinación de estos, puede complicar en algunos casos la valoración. Por otra parte, dado el uso generalizado, desde un primer momento, del Nomenclátor de la OMC, características de la elaboración y uso generalizado por los valoradores hasta la actualidad, hace que creamos que se debe seguir usando y es una buena herramienta para determinar las características de la operación.

Por eso la propuesta de criterios de aplicación para la valoración del perjuicio personal por intervenciones quirúrgicas es lógicamente intermedia considerando las descritas, al factorizar desde un mínimo de 3 a un máximo de 15 puntos. Se consideran los ocho grupos del *Nomenclátor de la OMC* para valorar las *características de la operación* (como la Sociedad Vasca de VDC) y la *complejidad de la técnica quirúrgica* con riesgo grave, moderado, ligero y sin riesgo relevante y el *tipo de anestesia*: general, regional y local (conforme Cobo Plana).

Ley 35/15, art. 140

Nomenclátor	Características de la operación	Ptos.	C. Técnica Q	Ptos.	Tipo anestesia	Ptos.
GRUPO 0		1	Sin riesgo relevante	1	Local	1
GRUPO I		1	Riesgo ligero	2	Regional	2
GRUPO II		2	Riesgo moderado	3	General	3
GRUPO III		3	Riesgo grave	4		
GRUPO IV		4				
GRUPO V		5				
GRUPO VI		6				
GRUPO VII		7				
GRUPO VIII		8				

En el caso de *dos o más intervenciones en el mismo acto quirúrgico* se valora al 100 % la más grave o compleja, el 50 % de la valoración de la segunda intervención y el 30 % en caso de existir una tercera.

Cuando el lesionado tenga que someterse a *varias intervenciones quirúrgicas en días distintos*, se valorarían separadamente y conforme a la puntuación resultante.

TABLA 3.B**PUNTOS EUROS**

3-4	401 €
5-6	600 €
7-8	800 €
9-10	1.000 €
11-12	1.200 €
13-14	1.400 €
15	1.600 €

Las cuantías y límites indemnizatorios fijados en la ley y sus tablas quedan automáticamente actualizadas con efecto del 1 de enero de cada año, en el porcentaje del índice de revaloración de las pensiones previsto en la Ley de Presupuestos Generales del Estado (en 2017: 0,25 %, R.D. 746/2016, de 30 de diciembre).

BIBLIOGRAFÍA

- Aranda, E.; Loidi, F. y Sellart, A. "Criterios médicos para valoración del perjuicio personal particular por intervención quirúrgica. Ley 35/2015", Sociedad Vasca de Valoración del Daño Corporal y Medicina Pericial, Bilbao, 22 de junio de 2017.
- Cobo Plana, Juan A. *Metodología para valorar el daño corporal con el nuevo baremo de tráfico*, editorial Wolters Kluwer S.A., 2016.
- González Villalón, José M.^a *Orientaciones y criterios a usar para la aplicación del artículo 140 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 el accidente de circulación. Perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas*. Trabajo de fin de máster de la Universidad Internacional de Andalucía, Málaga, noviembre de 2016.

- 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, 23 de septiembre de 2015 (*BOE*, n.º 228).
- *Programa TIREA*. Tecnologías de la Información y Redes para las Entidades Aseguradoras, S.A.

8. ASPECTOS DEONTOLÓGICOS A TENER EN CUENTA EN EL INFORME MÉDICO PERICIAL

Dr. José Sáez Rodríguez *

INTRODUCCIÓN

La primera cuestión que tenemos que dilucidar es qué es lo que debemos entender por un informe médico pericial. Los que llevamos ya tiempo ejerciendo la medicina legal es algo que siempre hemos tenido muy claro: el informe médico pericial es el documento donde queda plasmado por escrito el resultado de la prueba pericial médica realizada.

Esta claridad en el concepto se ha difuminado, a mi entender, con la promulgación de la Ley 35/2015, que ha modificado el Texto Refundido sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. En este texto legal se hace referencia a “informes periciales privados” (art. 7.2), “informe médico definitivo” (art. 7.3.c), “informes periciales complementarios” (art. 7.5), “informe médico ajustado a las reglas del sistema” (art. 37), “informe médico de conformidad con las secuelas estabilizadas de las lesiones” (art. 113.6) e “informe médico” (art. 115). *¿Se está refiriendo el legislador a lo mismo? ¿Está pensando el legislador en que deben ser todos periciales?*

Mi opinión es que no, porque en caso contrario le hubiese bastado con llamarlos a todos de la misma forma. Estimo que el legislador voluntariamente ha querido dejar al margen de la categoría de informe médico pericial a aquellos a los que ha dejado de llamar de esta forma, considerando que se pueden sustituir por un informe asistencial. Ese es un mal camino.

Yo creo que una reivindicación que tenemos que tener todos los médicos peritos es que los informes asistenciales sean exclusivamente eso, asistenciales, y que para valorar unas lesiones, secuelas o cualquier otro aspecto médico se exija un informe médico pericial con las garantías y con los contenidos mínimos que iremos viendo a lo largo de esta ponencia.

1. LA PRUEBA PERICIAL MÉDICA

Ya he dicho anteriormente que el informe médico pericial es el documento donde queda plasmado por escrito el resultado de la prueba pericial médica realizada. ¿Qué es una prueba pericial médica? El profesor Gisbert Calabuig ya decía que era toda aquella actuación médica mediante la cuales se asesora a la administración de justicia sobre algún asunto de naturaleza biológica o médica (1). Según este autor, “constituye la manifestación más genuina de la medicina legal”.

Se puede diferenciar entre una peritación judicial y una peritación extrajudicial:

- La prueba pericial en el ámbito judicial se realiza en procedimientos penales (Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, que aprueba la Ley de

Enjuiciamiento Criminal —LECr.—), civiles (Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil —LEC—), laborales (Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril que aprueba la Ley de Procedimiento Laboral —LPL—) y contenciosos administrativos (Ley 29/1988, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa —LJCA—). En la legislación penal los peritos son nombrados por el juez, bien de oficio o a petición de las partes. En el resto existen dos modalidades para la selección del perito: solicitud al juez de la designación de un perito judicial o perito designado por la parte y esta aporta su informe al procedimiento. Ambas pueden ser compatibles, aunque no es lo habitual.

- La prueba pericial en el ámbito extrajudicial no tiene una regulación específica, suele ser de carácter privado y es utilizado, preferentemente, en el campo de la valoración del daño corporal, aunque no se excluye ninguno.

El encargado de realizar la prueba pericial médica es el perito médico. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE) define al perito como “un experto o entendido en algo”. En el ámbito judicial es muy conocida la definición que lo describe como “aquella persona que, poseyendo determinados conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos, informa, bajo juramento, al juzgador sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia”. El reciente Diccionario del Español Jurídico (DEJ)¹ en su primera acepción define al perito como “experto en una materia a quien se le encomienda la labor de analizar desde un punto de vista técnico, artístico, científico o práctico la totalidad o parte de los hechos litigiosos. Deberá poseer el título oficial que corresponda a la materia objeto de dictamen”.

Esta última definición nos parece más completa ya que abre la puerta a la actuación del perito, en general, y médico, en particular, en campos extrajudiciales como podría ser en este caso la valoración del daño corporal, especialmente desde la entrada en vigor de la Ley 35/2015.

Nos vamos a centrar ya en el perito médico. Muchos son las modalidades de peritos que nos podemos encontrar (2). Según el número que intervienen en la prueba pericial, pueden ser únicos, más de uno compartiendo el mismo informe pericial o informe emitido por un órgano colegiado. Si consideramos la dependencia de los peritos, hablaríamos de peritos públicos dependientes del Estado, que son los médicos forenses, los peritos judiciales nombrados a partir de un listado existente en los colegios de médicos y los peritos privados que, a su vez, pueden ser trabajadores por cuenta propia o bien por cuenta ajena.

El médico perito realiza una tarea diferente del resto de los profesionales médicos y debe tener siempre presente la trascendencia que tiene su informe ya que, aunque no es vinculante, tiene gran influencia en la decisión que se tome posteriormente. Conviene recordar a Ambrosio Paré, uno de los padres de la medicina legal moderna, que decía que “los jueces deciden según se les informa”.

Siguiendo con los clásicos, el profesor Nerio Rojas (3), en su conocido *Decálogo médico legal*, describe las normas técnicas básicas necesarias para el ejercicio de la medicina legal y, en la primera de las afirmaciones, se refiere de forma clara al perito médico: “El perito debe actuar con la ciencia del médico, la veracidad del testigo y la ecuanimidad del juez”. No se podría describir mejor y con menos palabras cómo debe actuar un perito médico.

El maestro de la medicina legal española, el profesor Gisbert, ya establecía cuáles deben ser las cualidades de un perito:

- **Posesión de unas condiciones naturales: objetividad, reflexión y sentido común, juicio, prudencia, imparcialidad y veracidad.**
- **Formación básica médica, tanto teórica como práctica. Es indudable que el perito tiene que saber medicina, aunque no baste con ser un buen médico para ser un buen perito.**
- **Conocimientos jurídicos que le permitan captar exactamente el sentido de las misiones que le sean encomendadas y el alcance de las conclusiones que establezca en sus informes.**

Simonin (4), en sentido negativo, establecía que el perito debe evitar: el orgullo que ciega, la ignorancia que no hace dudar de nada y la deshonestidad que envilece y degrada.

No debemos olvidar nunca lo que decía Brouardel (5): “La calidad mayor que debe tener el perito no es la extensión de sus conocimientos, sino la noción exacta de lo que sabe y de lo que ignora”.

La relación que se establece entre el perito y la persona que va a ser objeto de la peritación es distinta a la que se establece entre un médico asistencial y su paciente.

En una actuación médica asistencial el enfermo describe sus síntomas —con total presunción de veracidad— y el facultativo, con la exploración clínica y los medios complementarios que estime conveniente utilizar, realiza un diagnóstico e instaura un tratamiento para intentar restaurar la salud del enfermo.

En una actuación pericial no se trata de atender a un paciente, sino determinar la verdad pericial sobre algún problema legal. Además, suele ser diferente dependiendo del tipo de peritación que se va a realizar. No es lo mismo la peritación psiquiátrica, que la peritación que se realiza en el campo del derecho laboral o que la peritación en la valoración del daño corporal, que al ser más propia del foro en que nos encontramos, va a ser objeto preferente de nuestra atención.

Ahora bien, por muy diferente que sea esta relación pericial de una asistencial, es indudable que también debe venir marcada por los principios éticos y deontológicos que deben presidir cualquier actuación profesional médica. El vigente Código de Deontología Médica (CDM) considera la actividad pericial como un acto médico (art. 71) (6).

2. CONCEPTOS BÁSICOS

Es importante dejar definidos varios conceptos que están interrelacionados entre sí y que a veces se utilizan como sinónimos y no lo son (7):

- **Ética** es una palabra que proviene viene del griego “ethos”: manera de hacer o adquirir las cosas, costumbre, hábito; y el sufijo “ico”: relativo a. Guarda íntima relación con la moral y a veces incluso se usan como sinónimos, aunque no lo

sean². Se puede definir como aquella parte de la filosofía que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano. Sería una especie de conciencia personal.

- *Ética médica* es el conjunto de principios y normas morales que regulan la asistencia médica.
- *Bioética* es un término de reciente aparición que se debe a Potter van Rensseler en el año 1971 (8), y expresa la ética de la vida biológica. Intenta relacionar la ética médica con el resto de las ciencias de la vida y permite la incorporación de otros profesionales. Es transversal y multidisciplinar incorporando gran parte de las disciplinas científicas que tienen que ver con la vida: medicina, biología, psicología, derecho, filosofía, sociología, ética...
- *Deontología* proviene del griego “deonthos”: deber; y “logos”: ciencia. Estrictamente significa la “ciencia o el tratado de los deberes”. Se trata de un neologismo acuñado por el filósofo inglés Jeremy Bentham en el año 1834 y aplicado a la profesión médica sería el conjunto de normas y reglas que regulan la relación de un médico con sus enfermos, así como con los restantes profesionales de la sanidad, con la Administración, etc. La Organización Médica Colegial es la encargada de fijar, mantener, promover y defender las normas deontológicas, así como de vigilar su correcto cumplimiento y exigir determinados niveles de competencia y calidad a sus colegiados en el desempeño de sus funciones. El CDM la define en su artículo primero como el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

La ética, en sus distintas variantes, hace referencia a la conciencia personal y debe ser independiente de las convicciones ideológicas y religiosas. La deontología es algo más ya que exige al profesional un modelo de conducta en su actuación.

3. PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

La ética de los principios o principialismo constituye la corriente más potente de la bioética actual. Surge en 1974 en Estados Unidos cuando se creó la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences. Esta comisión trataba de elaborar una guía acerca de los criterios éticos que debían guiar a la investigación con seres humanos. De aquí surgió el llamado *informe Belmont* (18 de abril de 1979), que establecía unos principios éticos básicos que fueron desarrollados un poco más tarde por Beauchamps y Childress (9), fijando los cuatro principios básicos de la bioética:

- *Principio de no maleficencia* (“primum non nocere”). Lo primero es no hacer daño al enfermo. Este principio ya fue formulado en la medicina hipocrática. Se trata de respetar la integridad física y psíquica del ser humano. Pero cuidado con su aplicación taxativa, ya que cualquier acto médico tiene el riesgo de hacer un daño y hay que ponderarlo siempre con el beneficio que se espera. Lo que hay que evitar es causar al enfermo un daño innecesario.

- *Principio de autonomía.* Según este principio, prima la autodeterminación del enfermo frente al médico y el consentimiento informado constituye un elemento imprescindible para la licitud del acto médico. Pero hay que tener cuidado con los extremismos, porque se podría llegar a una situación en la que el enfermo exige una medicina a la carta en la que el médico la única función que tiene es cumplir sus deseos.
- *Principio de justicia.* Todos los pacientes deben tener el mismo trato independientemente de su origen, disminuyendo y minimizando las desigualdades existentes.
- *Principio de beneficencia.* El médico debe actuar siempre en beneficio del enfermo ya que tiene la obligación de hacer el bien. Es otro principio clásico hipocrático. Llevado a su exageración, supondría la perspectiva paternalista y protectora que ha marcado la relación médico-paciente hasta la progresiva instauración del principio de autonomía: “Todo para el paciente, pero sin el paciente”.

Son unos principios con los que todos estamos de acuerdo y que convenientemente aplicados otorgan soluciones a los problemas éticos que se suelen ejercer en la práctica diaria. El problema nos lo podemos encontrar cuando hay un enfrentamiento entre ellos, siendo necesario entonces jerarquizarlos y aquí surgen diferencias. En Estados Unidos, por ejemplo, se le da una mayor importancia al principio de autonomía. Por el contrario, en España, siguiendo a Gracia (10), se establecen dos niveles: en el nivel 1 —*ética de mínimos*—, se encuadran los principios de no maleficencia y el de justicia porque se considera que sería lo mínimamente exigible para dar carácter ético al acto médico; el segundo nivel tiene una mayor exigencia e incluye los principios de beneficencia y el de autonomía, que a veces pueden llegar a estar enfrentados entre sí, aunque la tendencia es al predominio de este último.

4. DEONTOLOGÍA MÉDICA

Ya hemos expuesto anteriormente que es el conjunto de normas y reglas que regulan la relación de un médico con sus enfermos. Se puede decir que son las pautas del buen hacer profesional. Están basadas en los principios de la bioética y constituyen un mayor nivel de exigencia aunque sin llegar al alcanzado por las normas legales, en especial las penales.

Estas normas están recogidas en el CDM que fue aprobado por la Organización Médica Colegial (OMC) en julio de 2011. Son tantos los avances que se producen en este campo que el Dr. Romero, presidente de la OMC, ya anunció en el IV Congreso de Ética y Deontología Médica celebrado en Málaga en abril de 2017 que se va a reformar en un futuro breve.

El CDM consta de 66 artículos distribuidos en 21 capítulos; además, tiene una disposición adicional y 5 finales. Hay un capítulo específico, el XVII, dedicado a los médicos peritos (art. 62). Ahora bien, no podemos conformarnos con aceptar que al médico perito solo le afecta este capítulo. El acto pericial es un acto médico más y, por tanto, le es aplicable el CDM en su conjunto. Con una lectura detallada del mismo podemos comprobar que existen otras normas deontológicas que hay que tener en cuenta en el ejercicio de la pericia médica.

¿Y qué sucede en la práctica diaria? Comparto la opinión de ASO (11), que aprecia escaso interés por las cuestiones éticas en la actividad médico-pericial. Esto se traduce con demasiada frecuencia en incumplimientos de las normas deontológicas que deben estar siempre presentes. Por eso considero de extraordinaria importancia esta intervención que nos va a permitir ir repasando el CDM y recordar cuáles son las normas que como médicos peritos tenemos que cumplir.

5. DEONTOLOGÍA MÉDICA Y PRUEBA PERICIAL

Como dice Lachica, el perito médico debe tener presente que está realizando un acto médico y como tal su actuación “debe aunar aquellos principios legales y morales vigentes para que la misión que ostenta sea conforme a las reglas del buen hacer profesional” (12). En todo momento debe tratar a la persona a peritar de una forma digna y respetando todos sus derechos como paciente.

El CDM no recoge expresamente un principio ético, que aunque no exclusivo del campo de la bioética, yo lo considero fundamental en el ámbito pericial. Me refiero a la objetividad entendiendo como tal la imparcialidad, el desinterés y la actuación sin perjuicios. Por contra, las leyes procesales exigen juramento de decir verdad y la LEC va más allá: “Al emitir el dictamen, todo perito 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...”.

El problema se nos plantea cuando tratamos de compatibilizar esta objetividad con el hecho de que el perito sea designado por una de las partes para apoyar sus pretensiones y que su retribución provenga de esa parte. Quizás sea esta la causa de que nos encontremos casos en los que los peritos mantienen posturas totalmente divergentes ante hechos similares y que van más allá de las comprensibles discrepancias técnicas.

Considero que es oportuno incluir en la futura modificación del CDM alguna referencia al principio ético de la objetividad, como ya tienen por ejemplo los códigos deontológicos de otras profesiones como el contador público.

Vamos ahora a ir repasando los diversos aspectos deontológicos que se deben tener en cuenta a la hora de realizar un informe médico pericial y que sí están recogidos en el CDM.

A. Consentimiento

Comienzo de forma intencionada con el apartado sobre el consentimiento para remarcar su importancia. Opino, y así se lo hago saber a mis alumnos, que el consentimiento es el gran olvidado durante el periodo de formación de los médicos, y todos los que tenemos alguna responsabilidad al respecto tenemos que meditar muy seriamente sobre este problema.

Cualquier actuación médica para que no sea considerada ilícita necesita, entre otras cosas, obtener un consentimiento válido para llevarla a cabo. Para que el consentimiento sea válido, se requieren dos elementos: que la persona sea capaz de prestarlo y que haya sido previamente informada, en términos comprensibles para ella, qué es lo que se pretende con dicha actuación facultativa. Sin dicho consentimiento válido no se puede actuar. El artículo 12 del CDM dice que “el médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente después de recibir la información

adecuada”.

Esto que parece tan claro y tan fácil de cumplir no se hace de forma adecuada en la medicina asistencial y tengo muchas reservas acerca de cómo se hace en la medicina pericial.

En la práctica asistencial, lo habitual es que se entregue un formulario impreso que la persona debe leer y firmar con carácter previo —a veces inmediato— a la actuación médica. ¿Es válida esta forma de actuar? Los tribunales ya se han definido muchas veces diciendo que no, ya que estiman que esta forma de obtener el consentimiento no es la adecuada ni la correcta y están considerando inválido el obtenido de esta manera con las consecuencias que de ello se derivan posteriormente.

El consentimiento que se debe obtener para la actividad pericial no es exactamente igual que para la práctica asistencial, pero debe reflejar de forma clara la voluntad libre, inequívoca e informada del peritado para que se lleve a cabo la prueba pericial propuesta. La obtención del consentimiento tiene mayor dificultad que en la medicina asistencial, aunque esto no justifica la carencia de un consentimiento válido.

Para ello se requiere una valoración previa sobre la capacidad, o no, para prestar el consentimiento —opinamos que aquí sí cabe el consentimiento por representación— e informarle adecuadamente.

La información proporcionada debe contener, como mínimo y en términos comprensibles para él, *la identificación personal y profesional del perito, quién lo nombra, la misión que le ha sido encargada, por quién, para quién y que sus manifestaciones pueden ser plasmadas en el informe y hacerse públicas* (art. 62.6 del CDM). Asimismo, se le deberá explicar el tipo de exploración que se va a realizar y los medios complementarios necesarios, los riesgos y las posibles complicaciones.

A veces puede resultar complicado obtener el consentimiento porque la persona no quiere colaborar. En cualquier caso, el perito debe crear un clima cálido en su relación con el paciente haciéndole comprender, con su comportamiento, que su actuación va a ser imparcial y objetiva, y que no es un adversario, sino un médico que está valorando su estado (Lachica).

En cuanto a la forma de prestar el consentimiento, a pesar de la que 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, solo exige que se preste por escrito *en casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente* (art. 8.2). Mi opinión es que debería quedar plasmado por escrito por si posteriormente surgen controversias y es necesario acreditar que, efectivamente, el consentimiento se otorgó.

En caso de no obtener el consentimiento, no se llevará a cabo la actividad y el perito se limitará a ponerlo en conocimiento del mandante.

B. Secreto médico

A la obligación general de mantener el secreto profesional médico que establece el capítulo V del CDM en sus artículos 27 a 31, se añade un refuerzo normativo específico en el capítulo XVII, artículo 62.2: “El médico perito respetará el secreto profesional con las únicas excepciones detalladas en este mismo Código”.

Todos sabemos que el secreto médico “es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional” (art. 27.1 del CDM). No obstante, en la prueba pericial tiene ciertas connotaciones especiales que hay que remarcar y a las que nos hemos referido anteriormente. Una de ellas es que el informe resultante de la prueba pericial realizada tiene un destinatario, habitualmente quien encarga la prueba, y que son muchas las personas que van a tener acceso al mismo.

Esto obliga a que el médico perito tenga que tener un plus de precaución en su intervención para salvaguardar adecuadamente este derecho del paciente.

Ya antes apuntamos la necesidad de la información previa. Debemos insistir en que dicha información debe reflejar de manera muy clara que el resultado de la prueba pericial se reflejará en un informe al que pueden tener acceso muchas personas. De esa forma, al consentir la exploración, está otorgando al mismo tiempo consentimiento para plasmar el resultado en el informe pericial.

Gran cuidado debe tener el perito en reflejar en el informe solo aquello que tenga trascendencia para lo que se ha solicitado y no consignar aspectos de la exploración que no sean necesarios. Por ejemplo, para valorar unas lesiones mínimas en un accidente de tráfico, no hace falta reflejar en los antecedentes que el paciente es VIH+.

Por último, el artículo 62.9 obliga al médico perito que descubriera algún hecho o circunstancia que conlleve un riesgo importante para la vida o salud del paciente o de terceros a comunicarlo en primer lugar al interesado y, eventualmente, a la autoridad que corresponda.

C. El médico asistencial como perito médico

El CDM es taxativo en este punto. El artículo 62.5 afirma categóricamente que “el cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada”. A pesar de esta claridad en la afirmación, no siempre se puede decir que esto sea así y no es raro encontrarse con casos en los que realmente ocurre que el médico que ha asistido a una persona luego hace una peritación sobre el mismo.

Diversas son las variantes con las que nos podemos encontrar:

- **Una primera posibilidad es que el médico que ha tratado desde el principio a una persona elabora, casi siempre a petición del interesado, un informe pericial. El ejemplo más frecuente lo tenemos en el caso de traumatólogos o rehabilitadores, que después de haber terminado el proceso terapéutico, hacen una valoración pericial de cómo ha quedado el lesionado. Es cierto que el médico asistencial tiene que hacer un informe sobre su paciente, pero debe limitarse a los aspectos clínicos. Por ejemplo, en el caso de un lesionado, debe limitarse a la lesión producida, a su tratamiento y a su evolución clínica. Si hace referencias al nexo de causalidad, al periodo de recuperación (en especial si se pronuncian sobre los días de incapacidad temporal y el perjuicio personal que origina), y valora las secuelas con adaptación al baremo de tráfico, está realizando claramente un informe pericial.**

- Otras veces nos encontramos con algo que podríamos decir que es peor porque podría tratarse de un engaño intencionado al lesionado. No pretendo herir susceptibilidades, ni que nadie se sienta molesto, pero estoy describiendo una realidad. Me refiero a cuando se le dice a la persona que necesita ser evaluado, lesionado en la inmensa mayoría de los casos, que lo que se pretende con la visita médica es ver cómo se encuentra y ayudarlo en su proceso de recuperación. Para ello se le deriva a un determinado especialista y, a veces, se le pone un tratamiento. Esto es claramente una labor asistencial y, aprovechándose del conocimiento adquirido, de esa forma se elabora un informe pericial sin que el lesionado siquiera sepa que se está actuando como médico perito. Ya son varias las sentencias que se pronuncian sobre esta cuestión. A mis manos han llegado dos de la Audiencia Provincial de Málaga. Una de la sección 4.^a fechada el día 2 de mayo de 2008 en la que se dice textualmente: “En definitiva, le prestó un servicio médico, ignorando la actora que tal facultativo iría posteriormente a actuar como perito médico de la entidad demandada, lo que, a la postre, le ha supuesto un perjuicio considerable, al actuar dicho profesional al servicio de la entidad demandada, contratado al efecto, declarando en el acto del juicio en contra de los intereses de la actora, la cual, de haber sabido tal circunstancia, no hubiera confiado el cuidado de su salud en tal facultativo, al convertirse su informe en medio probatorio esencial para la desestimación parcial por parte de la sentencia de sus pretensiones, lo que, en opinión de esta Sala, supone un quebranto del derecho fundamental a la intimidad, pues, confiando la actora-recurrente el cuidado de su salud a un profesional de la medicina, la intervención de este médico como perito de parte, y en concreto de la parte contraria, entraña una actuación desleal para con el paciente, violando el deber de secreto profesional, al revelar a una entidad particular, como es la compañía aseguradora demandada, los datos médicos de la paciente, que son datos personales que no deben ser revelados a particulares, quebrantando con ello el derecho a la intimidad de los mismos y violando el deber de guardar secreto profesional”. La propia sentencia ordenaba que se dedujese testimonio de este hecho y se remitiese al Colegio de Médicos por el posible quebranto de las normas deontológicas.
- En la misma línea se pronuncia una nueva sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga, en este caso sección 5.^a, fechada el día 12 de marzo de 2013: “Doña Valentina, autora del informe pericial de la entidad demandada, fue quien exploró a la demandante hasta cuatro veces, quien le prescribió sesiones de rehabilitación e, incluso, quien le dio el alta médica, y actuando como tal facultativo encargado de la curación, no consta en cambio que esté autorizada por su paciente, aunque la representación de la demandada lo afirme sin aportar a los autos la preceptiva autorización de la lesionada, por lo que ha de presumirse que la actora ignoraba que su médico actuaría posteriormente como perito de la entidad por ella demandada en el juicio,

declarando en contra de los intereses de la actora. Esto supone un quebranto del derecho fundamental a la intimidad, pues, confiando la demandante la curación de sus lesiones a una determinada profesional de la medicina, la intervención posterior de la misma como perito de la parte contraria entraña una actuación desleal para con la paciente, y viola el deber de secreto profesional, al revelar a la aseguradora demandada los datos médicos de la paciente, que son datos personales que no deben ser revelados a particulares”. En este caso, no se dedujo testimonio.

D. La figura del testigo-perito

Muy relacionado con el apartado anterior nos encontramos con la controvertida figura del testigo-perito que viene recogida en el artículo 370.4 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC): “Cuando el testigo posea conocimientos científicos, técnicos, artísticos o prácticos sobre la materia a que se refieran los hechos del interrogatorio, el tribunal admitirá las manifestaciones que en virtud de dichos conocimientos agregue el testigo a sus respuestas sobre los hechos”.

Ante esta posibilidad, el CDM tiene muy clara su postura y establece taxativamente, en su artículo 62.8, que “el médico no debería prestarse a actuar como testigo-perito”.

¿Cómo se pueden conciliar estas posturas que parecen tan diversas? Pues como la mayoría de las veces ocurre, tanto en el campo del derecho como de la medicina, con sentido común. Partamos del concepto de testigo y ciñámonos a la LEC que es la contempla esta figura. El artículo 360 lo define como “aquellas personas que tengan noticia de hechos controvertidos relativos a lo que sea objeto del juicio”. Por tanto, un médico puede ser llamado como testigo por el conocimiento que tiene de un enfermo por haberlo tratado. Otra posibilidad es que el conocimiento que tenga del caso es por haber emitido un informe pericial en otro ámbito jurisdiccional (por ejemplo, penal) o incluso extrajudicial. En cualquier caso, el médico como testigo va a ser interrogado sobre el conocimiento que tiene del hecho que es objeto de controversia.

El artículo 62.3 del CDM recomienda que el médico, al actuar como testigo, debería limitarse a exponer los hechos que haya visto u oído en su condición de médico y que sean relevantes para la causa. En la jurisdicción civil, que es la que nos ocupa ahora, deberá extremar la defensa del secreto profesional médico no dando aquella información privilegiada que haya obtenido confidencialmente por su condición de médico, salvo que sea expresamente autorizado por el titular del derecho.

Lo que nos dice la LEC relativo al testigo perito es, insistimos, que “el tribunal admitirá las manifestaciones que en virtud de dichos conocimientos agregue el testigo a sus respuestas sobre los hechos”. De esa redacción no se infiere ninguna obligación del testigo para hacer un informe pericial. Admitir las declaraciones si se hacen, pero no obliga a hacerlas.

Por tanto, el médico que ha comparecido como testigo debería no hacer ningún pronunciamiento añadido a lo que antes hemos dicho. Deberá contestar a las preguntas sobre el conocimiento que tenga de los hechos, no haciendo ningún juicio de valor sobre los mismos —ni siquiera en términos generales—, ya que eso podría constituir una prueba pericial encubierta que a veces es lo que pretenden las partes, generalmente por motivos económicos.

Actuando de esa forma yo creo que no se está incumpliendo lo establecido por la LEC y por las normas deontológicas, haciéndolas totalmente compatibles.

E. Calidad de la actividad pericial

El capítulo IV del CDM se refiere a la calidad de la atención médica y exige que toda actuación médica sea de calidad, tanto humana como técnica, aconsejando que el médico se abstenga de realizar actuaciones que sobrepasen su capacidad (art. 22.1).

La actividad pericial no escapa a estas exigencias y es lógico pedir que tenga unos mínimos de calidad en su aplicación. Además, se refuerza la exigencia sobre la capacidad para actuar en el artículo 62.4 cuando se afirma que "el médico no debe aceptar una pericia médica para la que no tiene capacitación profesional o si no está dispuesto a defenderla en el juicio oral. Si fuese obligado a ello, estará legitimado para acogerse a la objeción de conciencia".

Ya expusimos anteriormente cómo describía Gisbert las cualidades que debía tener un buen perito. Sin ellas es imposible que exista una pericia de calidad. Respecto a las condiciones naturales, son difícilmente controlables y solo la autoexigencia del perito haría posible su aplicación.

Mayor control hay respecto a la formación del perito, aunque tenemos que reconocer que aún queda mucho camino por recorrer. En estricta teoría, la única titulación que se exige hoy en día es el grado o licenciatura en Medicina y Cirugía. Estimamos que no es suficiente, ya que ello no garantiza que el facultativo que actúa como perito tenga "conocimientos jurídicos que le permitan captar exactamente el sentido de las misiones que le sean encomendadas y el alcance de las conclusiones que establezca en sus informes". En palabras de mi maestro el prof. Villanueva, "hay que saber por qué se hacen las pruebas periciales para después decidir *cómo se hacen*" (13).

Habría que exigir, por tanto, que los médicos que actúan como peritos tengan una formación médico-legal que les permita cumplir con el tercero de los requisitos que marcaba Gisbert para ser considerado un buen perito.

Pero no todo queda en la formación, es necesario luego que el informe pericial esté bien hecho y tenga la suficiente calidad para que dé respuesta a todos los interrogantes planteados cuando se pidió. No voy a extenderme en cómo debe ser un informe pericial, porque no es el objeto principal de esta intervención, pero sí me gustaría brevemente reflejar que debe contener mínimamente estos informes:

- **Identificación de quién hace el informe y su cualificación profesional.**
- **Identificación del procedimiento en el seno del que se hace el informe y la fecha del mismo.**
- **Cuestiones que se le han pedido y sobre las que debe pronunciarse.**
- **Elementos que se han tenido en cuenta para la elaboración.**
- **Anamnesis, examen clínico y medios complementarios utilizados.**
- **Valoración médico-legal.**
- **Conclusiones.**

Un elemento que es conveniente recordar es que el informe no abarque temas para los que el

perito no tiene la titulación específica (por ejemplo, el caso de un fisioterapeuta que realiza valoraciones propias de un médico). Tampoco debe contener valoraciones, calificaciones o pronunciamientos jurídicos como ocurre por ejemplo cuando se decide expresamente sobre la imputabilidad de una persona, que es un concepto claramente jurídico.

F. Relaciones con otros médicos

El capítulo VIII del CDM está dedicado a las relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios. Obliga a la confraternidad, al trato con deferencia y respeto, a la lealtad y a la obligación de defender al colega que es objeto de ataque o denuncias injustas. Asimismo, deja muy claro que debe abstenerse de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas, en especial en presencia de pacientes, familiares o terceros.

Yo pregunto, quizás de forma ingenua, ¿se cumple esto en el mundo de la pericia médica? Me gustaría contestar afirmativamente a esa pregunta, pero me asaltan muchas dudas.

Hay un momento especialmente conflictivo en estas relaciones entre peritos y es cuando se hace lo que se viene llamando en el mundo judicial “la prueba pericial conjunta”, que solo está prevista en la legislación penal, concretamente en el artículo 724 de la LECr. Se trata de una especie de *careo entre peritos* que, aunque no está previsto en la LEC, se utiliza cada vez más en este ámbito³. Los jueces la utilizan cuando existen dos o más dictámenes contrapuestos y difícilmente compatibles entre sí; se trata de aclarar las afirmaciones contradictorias delante del tribunal. Entran todos los peritos de la sala, se les pregunta por las partes —incluso el juez— y se busca que se llegue a una conclusión única. Para ello se le pregunta a cada perito por su opinión por lo que ha dicho su compañero y se busca un *enfrentamiento científico en defensa de sus tesis*.

Esto supone una prueba de fuego para la buena relación entre los peritos que exige el CDM, ya que suele ser una prueba “dura en el sentido de la controversia”, como la describe Villanueva. En estos casos, el perito debe actuar con total corrección respondiendo, según su leal saber y entender, a las preguntas que se les formule y sin entrar en un agresivo “cuerpo a cuerpo” con el discrepante. No se trata de convencer y tratar de hacer rectificar al otro perito, sino simplemente de expresar su opinión clara y respetuosamente sobre lo que se le pregunte.

En relación con todo esto, es muy importante tener muy presente que la prueba pericial termina al salir del juicio. No debe continuar el debate entre los peritos fuera de la sala de vistas.

G. Publicidad

La profesión médica tiene a derecho a utilizar la publicidad. Así lo asevera la primera frase del artículo 65 del CDM. Dicho artículo, único del capítulo XX del Código, establece una serie de condiciones muy claras acerca de cómo debe realizarse esta publicidad y que se pueden aplicar claramente a la prueba pericial.

- El anuncio publicitario debe perseguir un equilibrio entre dar a conocer los servicios que está capacitado para prestar y la información que tiene que tener un paciente o usuario para elegir.
- El anuncio publicitario tendrá carácter informativo, recogiendo sus datos de identidad y la especialidad en la que está inscrito en el colegio.

- La publicidad debe estar reservada a los espacios y medios específicamente dedicados a tal fin.
- El ciudadano debe percibir con claridad que se trata de un mensaje publicitario.
- La información debe ser objetiva, prudente y veraz, no debiendo levantar falsas esperanzas o expectativas.
- Los mensajes publicitarios no pueden menospreciar la dignidad de la profesión médica.

Yo vuelvo a preguntar, con la misma ingenuidad de antes, si se cumplen estos requisitos en la publicidad de las pruebas periciales. Si nos centramos en la publicidad convencional, podríamos decir que suele ajustarse y nos encontramos anuncios publicitarios en páginas de las revistas del colegio de abogados, del colegio de médicos, en medios de comunicación social, que podemos considerar como bastante aceptables.

Otra cosa es Internet y las redes sociales. Sin necesidad de buscar mucho, solo poner en cualquier buscador “pericias médicas o peritajes médicos” nos lleva a una situación verdaderamente terrible, una auténtica jungla en la que todo vale a la hora de captar posibles clientes. Y como la capacidad de asombro no tiene límite, lo más llamativo lo he encontrado en una conocida página de anuncios en la que se dice textualmente: “Médico forense especialista vía MIR realiza informes de valoración del daño corporal, accidentes de tráfico, negligencias, encargos para toda España” <https://www.milanuncios.com/medicos-y-farmaceuticos/medico-forense-perito-medico-legal-216122714.htm#fotos>. Sin comentarios.

No obstante, tampoco se puede generalizar y es justo reconocer y destacar que hay páginas que destacan por su corrección publicitaria, que se ajustan a las normas deontológicas que antes hemos expuesto —pocas aún las que recogen el nombre del perito— y a las que hay que reconocerle un mérito inmenso dada la jungla generalizada que hoy en día constituye la Red.

Será tarea de las Comisiones de Deontología de los colegios de médicos velar por que estas cosas no pasen. Pero hay que reconocer que tienen unas limitaciones muy importantes en su actuación. Necesitan que haya una denuncia previa, es cierto que pueden iniciar una investigación de oficio, pero la labor de investigación previa para localizar la publicidad e identificar al profesional lo hace muy difícil. En segundo lugar, porque se precisa que el médico esté colegiado, algo que no siempre ocurre. Además, hay veces en que la publicidad no la hace directamente el médico, sino que es un gabinete de abogados el que oferta, dentro de sus servicios, la actuación médica.

Por último, una breve referencia a algunas formas de publicidad encubierta que están surgiendo en los últimos tiempos. Se está dando más en las pruebas periciales psiquiátricas, pero no es de descartar un avance en el resto. Me refiero a la participación como perito en casos mediáticos y de forma gratuita, para promocionarse posteriormente con su intervención en los medios de comunicación, especialmente audiovisuales.

H. Honorarios

El acto médico debe ser remunerado, de eso no cabe la menor duda, y a ello hace referencia el artículo 66 del CDM (Capítulo XXI).

Como norma general, para fijar los honorarios que debe percibir el perito médico habrán de tenerse en cuenta diversos factores como son el trabajo profesional realizado, la complejidad del estudio específico del objeto de la pericia, el tiempo invertido en la ejecución del encargo y la responsabilidad económica del asunto [12], siendo totalmente lícito pedir provisión de fondos.

La forma de percepción de honorarios de un perito médico es muy variable y puede sintetizarse de la siguiente forma:

- **Actividad privada exclusiva.** A la consulta privada del perito acude una persona que demanda la realización de un informe, bien de *motu proprio* o por recomendación de un letrado. Los honorarios se pactan libremente entre las partes y su cuantía va a depender de la cualificación y de la perspectiva comercial del perito. Aunque han existido normas orientativas sobre la cuantía de los honorarios médicos, las resoluciones de la Unión Europea sobre la competencia profesional hacen que tiendan a desaparecer.
- **Actividad privada con dedicación preferente a una aseguradora.** Es la compañía aseguradora la que hace el encargo al perito médico y esta es la que paga sus honorarios. Habitualmente no existe libertad por parte del perito para negociar los honorarios que son impuestos por la aseguradora. La única opción que tendría el profesional sería renunciar a su colaboración con la compañía.
- **Actuación como perito judicial.** En estos casos el juzgado nombra a un perito judicial entre los propuestos por el colegio de médicos. El perito debe ir al juzgado, aceptar la pericia y pedir una provisión de fondos que luego será liquidada una vez terminado el procedimiento con cargo a las costas judiciales. Si no se hace la provisión de fondos, el perito queda exonerado de su función. La minuta de honorarios es fijada libremente por el profesional, aunque hay que ser precavido en su cuantía, ya que puede ser considerada abusiva e impugnada ante el tribunal. Respecto a la provisión de fondos, muchos peritos la hacen lo más ajustada posible a la liquidación final previsible por la tardanza luego en que se efectúe dicha liquidación.
- **Perito asalariado de una compañía aseguradora.** El médico es un empleado de la compañía aseguradora y realiza todos los encargos que esta le hace.
- **Perito asalariado de un bufete de abogados.** Cada vez más frecuente, sobre todo desde la reforma del Código Penal que despenalizó las faltas, que los bufetes de abogado incluyan dentro de sus servicios la valoración médica de los lesionados. Para ello contratan a médicos para que realicen la actividad pericial que se le encargue.

CONCLUSIONES

La actividad pericial médica debe venir marcada por los principios éticos y las normas deontológicas que deben presidir cualquier actuación profesional médica, aunque hay que reconocer que tiene ciertas particularidades imprescindibles para elaborar un informe pericial

de calidad.

El colectivo médico debe estar concienciado de las peculiaridades deontológicas que tiene la prueba pericial médica y tenerlas siempre presente en sus actuaciones periciales.

Sería recomendable que en código de deontología médica hiciese alguna referencia a la necesaria e imprescindible objetividad del perito médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gisbert, J.A. *Medicina legal y toxicología*, 5.ª edición, ed. Masson, 1998.
 2. Borobia, C. “Prueba pericial médica”, en *Valoración del daño corporal. Legislación, metodología y prueba pericial médica*, Barcelona, ed. Masson, 2006.
 3. Rojas, N. *Medicina Legal*, ed. Ateneo, 1953.
 4. Simonín, C. *Medicina Legal Judicial*, reimpresión 2.ª ed. española, Barcelona, ed. Jims, 1973.
 5. Brouardel, P. *Cours de Medicine Légale*, Paris, JB Bailliere, 1896-1909.
 6. *Código de Deontología Médica*, Organización Médica Colegial, noviembre de 2011.
 7. Sánchez, J.A. “Introducción a la ética y deontología profesional”, disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento29639.pdf>
 8. Van Rensselaer, P. *Bioethics. Bridge to the future*, New Jersey, Prentice-Hall, 1971.
 9. Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. *Principles of biomedical Ethics*, 6.ª ed., New York, Oxford University Press, 2009.
 10. Gracia, D. *Fundamentos de bioética*, Guipúzcoa, ed. Triacastela, 2008.
 11. Aso, J. “Bioética de la actividad pericial médica”, *Cuadernos de Medicina Forense*, n.º 56, abril de 2009.
 12. Lachica, E. “El secreto médico y el consentimiento informado en los informes periciales”, *Cuadernos de Medicina Forense*, n.º 27, enero de 2002.
 13. Villanueva, E. “Aspectos éticos y deontológicos de la prueba pericial médica”, disponible en: http://www.comda.tv/video-42_conferencia-inaugural-jornadas-formaci%C3%B3n-en-deontolog%C3%ADa-y-responsabilidad-profesional-sanitaria-aspectos-%C3%A9ticos-y-deontol%C3%B3gicos-de-la-prueba-pericial-m%C3%A9dica-18-de-mayo-de-2015.html
 14. Moya, V. “Criterios orientativos para fijar los honorarios profesionales de la actividad pericial médica”, disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/medlegal/5%20Escuelas/escumedlegal/revista/articulos_pdf/7_3_2006.pdf
-

* Médico forense. IMLCF de Córdoba. Secretario de la Comisión de Deontología del COMCO.

1 El Diccionario del Español Jurídico (DEJ) nace de la preocupación del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) por los problemas de claridad y seguridad del lenguaje jurídico. Elaborado gracias a un convenio entre el CGPJ y la RAE, el Diccionario del Español Jurídico aporta la novedad, frente a los tradicionales del género, de estar hecho con la misma metodología y criterios lexicográficos con que se hacen los diccionarios de la lengua.

2 La moral se basa en la obediencia a las normas, las costumbres o mandamientos culturales, jerárquicos o religiosos.

3 La LEC solo prevé el careo de testigos en su artículo 373.

9. CRITERIOS CLÍNICOS PARA VALORAR EL DAÑO CEREBRAL SEVERO

Dra. Myrtha O'Valle Rodríguez

INTRODUCCIÓN

El daño cerebral adquirido traumático constituye una realidad de magnitud creciente en nuestra sociedad desde las últimas décadas, a la vez que un importante problema sociosanitario que exige ofrecer una respuesta cada vez más especializada. El daño cerebral adquirido es una lesión que se produce en las estructuras cerebrales en personas que han nacido sin ningún tipo de daño en el cerebro y sufren en un momento determinado de su vida lesiones cerebrales como consecuencia de un accidente o una enfermedad. Una de las patologías más frecuentes que provoca daño cerebral es el traumatismo craneoencefálico (TCE). Actualmente no existen datos estadísticos precisos sobre el número de personas afectadas por DCA, aunque se estima que se producen entre 80.000 a 100.000 nuevos casos de TCE cada año, de los cuales unos 2.500 sufrirán importantes secuelas (1).

Cualquier lesión cerebral puede producir una alteración de las funciones cerebrales que pueden provocar déficits físicos, cognitivos y/o conductuales, que van a producir unas limitaciones más o menos graves en la funcionalidad del paciente. El daño cerebral traumático generalmente produce lesiones difusas provocando múltiples deficiencias y afectando a varias áreas cerebrales. Así, cuando cualquier zona del cerebro se daña, no solo pueden verse afectadas las funciones de la región directamente implicada por la lesión, sino que debido al funcionamiento en red del cerebro, distintas funciones pueden verse dañadas por la pérdida de comunicación con el área afectada. Es decir, áreas no dañadas del cerebro se ven privadas de la entrada de información de la zona afectada, de modo que también están expuestas a los mensajes anormales y a la desinformación generada como consecuencia de la lesión, dando lugar a los distintos déficits.

Es difícil determinar el nivel de recuperación que va a alcanzar un paciente tras una lesión cerebral porque existen multitud de factores que intervienen en este proceso, entre ellos destacamos la gravedad de la lesión, el tiempo de permanencia en coma y la duración de la amnesia postraumática (APT). Siendo este último uno de los indicadores clínicos de mayor relevancia. Además, existen una serie de circunstancias como son la edad, la etiología (lesión primaria) o la existencia de complicaciones clínicas (lesión secundaria), que van a condicionar el grado de las posibles secuelas.

Una de las primeras consecuencias del daño cerebral sobrevenido es la alteración del nivel de conciencia, cuya intensidad y duración será variable y en algunos casos se puede prolongar durante meses con importantes consecuencias a largo plazo; la duración y el grado de esta alteración será otro de los indicadores clínicos más significativos de la gravedad del daño. Tras la recuperación progresiva del nivel de conciencia, la mayoría de los pacientes presenta gran

diversidad de secuelas a nivel cognitivo y de comportamiento que varían en su naturaleza y gravedad, en función de la extensión y localización del daño cerebral, así como de las características personales que el paciente tenía antes del daño cerebral. Entre los síntomas más frecuentes destacamos las alteraciones cognitivas (afasia, apraxia, agnosia, amnesia, síndrome frontal, etc.), las alteraciones conductuales (labilidad emocional, apatía, agresividad, desinhibición) y las alteraciones motóricas (hemiparesias, corea, ataxias, mioclonías, alteraciones del tono o el equilibrio...), que determinarán el grado de funcionalidad de un paciente.

En este sentido, la clasificación neurológica del paciente con daño cerebral adquirido debe hacerse si el paciente tiene una alteración del nivel de conciencia y, en este caso, atendiendo al nivel de conciencia del paciente, o si no la presenta y el paciente está consciente, en función de la gravedad del deterioro cognitivo presente.

1. ESTADOS ALTERADOS DE CONCIENCIA

La alteración del nivel de conciencia es actualmente el elemento clínico de mayor trascendencia para clasificar la gravedad de un daño cerebral. Entre el 30 y 40 % de pacientes con daño cerebral grave presentan alteraciones en el nivel de conciencia (2). En la mayoría de estos casos, la alteración en el nivel de conciencia está provocada por lesiones corticales difusas y/o por lesiones localizadas en el troncoencéfalo o en las diferentes estructuras que sirven de conexión entre las estructuras encefálicas más profundas y la corteza cerebral, fundamentalmente el tálamo. Desde un punto de vista clínico, podemos encontrar tres situaciones de alteración del nivel de conciencia, el estado de coma, el síndrome de vigilia sin respuesta y el estado de mínima conciencia. En términos de funcionalidad, estos pacientes presentan una dependencia total y absoluta para las actividades de la vida diaria, precisando ayuda de terceros durante las 24 horas. La evaluación de estos estados debe hacerse mediante la administración de escalas estandarizadas, entre ellas una de las más utilizadas a nivel internacional es la Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R)(3), validada al castellano (4). Es una escala que mide las respuestas sensoriales de los pacientes ante diferentes estímulos sensoriales. Es lo suficientemente sensible para detectar cambios mínimos, si el evaluador está bien entrenado. Una puntuación entre 0 y 8 es indicativa de síndrome de vigilia sin respuesta y entre 9 y 16, de mínima conciencia.

1.1. Coma

El estado de coma se caracteriza por una reducción del nivel de conciencia con alteración de sus dos componentes: el "arousal" y el "awareness". Neurológicamente, el paciente en coma permanece con los ojos cerrados, sin responder ante estímulos del entorno. Por consenso, este estado tiene una duración máxima de cuatro semanas, siendo difícilmente compatible con la vida (salvo que se empleen métodos artificiales) si este estado se prolonga más allá de este periodo. El nivel de conciencia en este periodo medido mediante la Glasgow Coma Scale (5) debe ser menor o igual a 8 y se considera un estado transitorio, que debe ser distinguido del síncope, del estupor o de la obnubilación, entidades clínicas con las que puede confundirse ocasionalmente. En este estado, las funciones del córtex cerebral, diencéfalo y de los sistemas de activación superior están marcadamente deprimidas (6). Los pacientes en coma suelen evolucionar hacia la muerte cerebral en los casos más severos, o hacia otros estados alterados de la conciencia que mantienen limitada actividad cerebral como son el síndrome de vigilia sin respuesta (SVSR) o estado vegetativo (EV) y el estado de mínima conciencia (EMC). Entre los factores que influyen en

esta evolución destacan la etiología que causó el daño, la condición médica general del paciente, la edad o el resto de signos clínicos presentes, siendo el pronóstico de los casos traumáticos generalmente mejor que en el del resto de las etiologías (7, 8).

Los criterios clínicos que caracterizan el estado de coma incluyen:

- Falta de apertura ocular espontánea ni ante respuesta a estímulos.
- Ausencia de ciclo sueño-vigilia.
- Falta de evidencia de uno mismo y del entorno.
- Puede haber respuestas reflejas que expresan una limitada funcionalidad del tronco cerebral.

La superación de este estado exige la presencia de apertura ocular y la regulación del ciclo sueño-vigilia, aunque este no guarde el ritmo, frecuencia o periodicidad habitual.

Figura 1



Modificado de Laureys, 2008 (7).

1.2. Síndrome de vigilia sin respuesta

El síndrome de vigilia sin respuesta (SVSR), también conocido como estado vegetativo, es una situación de ausencia completa de consciencia de uno mismo y del entorno, acompañado de la conservación de ciclos de sueño-vigilia, con una preservación parcial o completa de las funciones hipotálamicas y las funciones autonómicas troncoencefálicas. El SVSR hace referencia a un estado de vigilia, en ausencia de respuesta hacia uno mismo o el entorno. En este estado, más allá de la presencia de vigilia, solo se observan respuestas motoras reflejas, sin encontrarse signos de interacción voluntaria con el medio. Recientemente se ha propuesto cambiar el término de estado vegetativo por el de estado de vigilia sin respuesta por las connotaciones negativas que tiene dicha terminología. Aunque esta nueva terminología aún no ha cobrado mucha fuerza particularmente a nivel clínico, es previsible que lo haga en un futuro próximo (9). Los pacientes en este estado mantienen las funciones autonómicas como la respiración, el ritmo cardíaco o la regulación de la temperatura, así como el componente "arousal" de la consciencia. Este estado puede ser diagnosticado después de un periodo de coma variable o incluso inmediatamente después de un daño cerebral, y su evolución es muy variable, pudiendo ser parcial o totalmente reversible, persistir de forma prolongada o progresar hasta la muerte del paciente (10).

A nivel anatomopatológico, en estos estados existe una relativa preservación del funcionamiento del tronco cerebral habiendo una grave afectación de sustancia blanca y/o sustancia gris de ambos hemisferios cerebrales (11, 12) bien por una pérdida estructural irreversible o por un daño funcional potencialmente reversible.

Los principales criterios clínicos que caracterizan este estado son:

- **Apertura ocular espontánea.**
- **Preservado ritmo sueño-vigilia.**
- **Preservadas funciones autonómicas.**
- **Falta de evidencia de sí mismo y del entorno.**
- **Falta de evidencia de las funciones corticales.**

La Multi-Society Task Force estableció en 1994 los criterios de temporalidad de este estado con el objetivo de establecer su pronóstico, estableciéndose como “persistencia” en aquellos pacientes que permanecían al menos un mes en este estado. Dado que las probabilidades de recuperación de esta situación clínica disminuyen con el tiempo (11, 12), se estableció como criterio temporal de “permanencia” el de doce meses en el caso del daño cerebral traumático y tres meses después de un daño no traumático. Una vez transcurrido este plazo temporal, si no se observa ningún tipo de evolución tras una estimulación adecuada, las oportunidades de recuperación son consideradas muy bajas, prácticamente nulas (11, 12) (figura 2).

Figura 2. Alteraciones del nivel de consciencia



Los criterios diagnósticos hacen referencia a la preservación del componente “arousal” de la consciencia con severa afectación del componente “awareness” o falta de consciencia de uno mismo o del entorno, e incapacidad para interactuar con los otros, demostrable por una falta de evidencia de respuesta continuada, reproducible, intencionada o voluntaria ante estímulos visual, auditivo, táctil, o nociceptivo, y por una falta de evidencia de lenguaje comprensivo o expresivo en presencia del ciclo sueño-vigilia.

Estos pacientes presentan la suficiente preservación de las funciones hipotalámicas y autonómicas como para permitir la supervivencia con cuidados médicos y de enfermería y preservación variable de reflejos de nervios craneales y espinales. El diagnóstico de SVSR debe ser cuestionado cuando los pacientes muestran algún grado de seguimiento visual continuado, fijación visual reproducible y consistente o respuesta visual ante amenaza. Es, pues, esencial establecer la ausencia formal de cualquier signo de consciencia o de intencionalidad antes de hacer el diagnóstico de SVSR. En los casos en los que se produce recuperación o emergencia del SVSR, esta puede suceder en diferentes grados o niveles, pero es necesaria la presencia de intencionalidad y consciencia parcial de uno mismo o del entorno (13). Algunos pacientes rápidamente recuperan signos relacionados con la consciencia, mientras que otros muestran una recuperación lenta y gradual durante meses, dando lugar a un periodo de transición entre la consciencia y la inconsciencia.

1.3. Estado de mínima consciencia

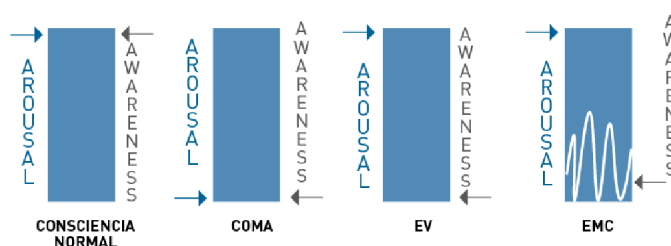
El estado de mínima conciencia (EMC) es una condición de alteración grave del nivel de consciencia que se distingue del SVSR por la presencia de mínima pero claramente discernible evidencia de consciencia de uno mismo o del entorno. Este estado es un concepto relativamente reciente, por lo que esta población solo ha sido objeto de estudio por parte de la literatura médica desde hace poco más de diez años (13). Normalmente lo evidenciamos mediante fijación y seguimiento ocular, respuesta a órdenes simples o, en definitiva, conductas dirigidas a un fin. La recuperación de este estado se produce cuando el paciente es capaz de realizar un uso funcional de objetos y/o es capaz de comunicarse.

Los criterios clínicos que definen este estado son:

- Fijación o seguimiento visual reproducible.
- Respuesta gestual o verbal de si/no.
- Realización de órdenes simples.
- Respuestas motora o emocional.
- Verbalización inteligible.

Los criterios diagnósticos hacen referencia al mantenimiento de un adecuado nivel del componente "arousal" de la consciencia con un nivel de "awareness" oscilante. En estos pacientes pueden presentarse episodios de llanto, sonrisa o risa coherentes con la estimulación presentada, verbalizaciones y/gestos como respuesta a la estimulación, intención por alcanzar objetos, intentos por adaptarse a la forma o tamaño de un objeto al cogerlo, seguimiento o fijación visual consistente y presencia, por tanto, de alguna muestra de intencionalidad. De acuerdo a los mismos criterios diagnósticos establecidos en 2002, superar este estado exige capacidad para hacer uso funcional de objetos y/o comunicación interactiva (13). El uso funcional de objetos requiere discriminación y uso apropiado de dos o más objetos presentados a diferencia de la manipulación sin conocimiento o uso funcional que puede aparecer en el EMC. La comunicación que exige la emergencia de este estado debe ser interactiva, fiable y consistente, y puede darse mediante lenguaje oral o de forma alternativa (figura 3 y tabla 1).

Figura 3



Modificado de Laureys, Owen y Schiff, 2004 (14).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la Academia Americana de Neurología

	COMA	ESTADO VEGETATIVO	ESTADO DE MÍNIMA CONCIENCIA
AROUSAL	Ausente	Presente	Presente
AWARENESS	No	No	Parcial
F. MOTORA	Refleja	Estereotipada. Retirada al dolor	Ocasional Localiza
DOLOR	No	No	Parcial
F. RESPIRATORIA	No	Sí	Sí
F. VISUAL	No	Sobresaltos No fijación No seguimiento	Fijación Seguimiento
F. AUDITIVA	Ausente	Puede orientarse	Puede realizar órdenes simples
COMUNICACIÓN	Ausente	Puede emitir sonidos	Puede realizar órdenes simples
EMOCIÓN	Ausente	No sonrisa/llanto reflejos	Sonrisa/llanto apropiados

Modificado de Giacino, 2002 (13).

2. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO

Para que consideremos que el paciente ha superado la fase de mínima conciencia es necesario que exista evidencia de comunicación funcional y de uso funcional de objetos, en definitiva, que exista evidencia de comportamiento intencionado, como señalábamos. Una vez recuperada la conciencia en el daño cerebral, el paciente puede no recuperar el estado cognitivo previo a la lesión cerebral, como sucede frecuentemente, pudiendo presentar alteraciones en alguna de las funciones cognitivas superiores como la orientación, la atención, la memoria, el lenguaje o la planificación. La clasificación del Manual de Diagnóstico DSM-5 diferencia entre distintos grados, según el estado que presente el paciente, distinguiendo entre trastorno neurocognitivo mayor, que puede ser grave, moderado o leve, y el trastorno neurocognitivo leve (15).

2.1. Trastorno neurocognitivo mayor grave

Los pacientes que presentan un trastorno neurocognitivo mayor grave pueden presentar un nivel de conciencia aún fluctuante, con tendencia en muchas ocasiones a la somnolencia inicialmente, siendo capaces de prestar atención a la estimulación presentada durante un tiempo muy limitado y a un solo estímulo determinado a la vez. Suelen presentar alteraciones de la actividad de forma bastante acusada generalmente, como fatiga física y/o mental, lentitud en la velocidad de procesamiento, agitación psicomotora y/o signos de liberación frontal (16).

Una de las características principales es la desorientación. Los pacientes se pueden encontrar desorientados en cualquiera de las esferas, mostrando importantes dificultades a nivel temporal (año, mes, día de la semana, día del mes), espacial (provincia, ciudad, hospital, servicio) y/o personal (datos referentes a su biografía personal, como su edad exacta o fecha de nacimiento, o reconocer a personas cercanas o conocidas). A nivel atencional presentan graves dificultades para mantener su atención a un estímulo incluso durante periodos de tiempo muy breves, mostrando afectación grave de los procesos atencionales básicos. La memoria de estos pacientes

suele estar muy afectada, tanto para recordar hechos recientes y aprender nueva información (amnesia anterógrada), con alteración en la capacidad de aprendizaje, como para recordar situaciones pasadas con anterioridad al daño cerebral (amnesia retrógrada). Pueden tener lagunas y confusiones en los episodios de su autobiografía. Y el recuerdo se caracteriza en muchas ocasiones por la presencia de confabulaciones. El funcionamiento ejecutivo se encuentra gravemente dañado, siendo estos pacientes generalmente incapaces de iniciar y planificar tareas hacia un objetivo, así como de mostrar un pensamiento flexible y coherente ante las demandas del medio, con problemas en el razonamiento sencillo. Muchos pacientes presentan también alteraciones en el lenguaje, en la expresión y/o comprensión, pudiendo mostrar un lenguaje irrelevante, incoherente, ilógico y vacío de contenido, conformando un trastorno psicolingüístico. Además, puede haber déficit en las habilidades visuoespaciales, visuoperceptivas y en las praxias (15). Estaríamos hablando de un estado confusional con desorientación y confabulaciones, que en fases iniciales presenta normalmente un cuadro compatible con amnesia postraumática (APT), pudiendo evolucionar positivamente una vez que mejore la capacidad de aprendizaje.

A nivel conductual la mayoría de estos pacientes presentan graves alteraciones de la conducta como apatía, labilidad emocional, desinhibición o agresividad, pudiendo aparecer además sintomatología paranoide y alteraciones del pensamiento como delusiones o alucinaciones. Aunque debido al grado de deterioro cognitivo tan importante, todavía no hablaremos de un cambio de personalidad, siendo las alteraciones de la actividad las que caracterizan la conducta de estos pacientes. Generalmente el sueño está gravemente alterado y precisa ser controlado farmacológicamente. La colaboración de los pacientes puede ser dificultosa. Estos pacientes están totalmente ajenos a su situación y a los déficits que presentan. A nivel de las relaciones interpersonales, debido a todos los déficits citados, los pacientes muestran graves dificultades y en la mayoría de los casos imposibilidad para tener adecuadas relaciones sociales. A nivel funcional presentan dependencia completa para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), debido al grave deterioro cognitivo presente, dependiendo del cuidado de terceros para la mayoría de las actividades de la vida diaria (AVD), siendo incapaces de cuidar de sí mismos y necesitan supervisión continuada.

La valoración se realiza mediante diferentes escalas que hay que pasar periódicamente, siendo la más importante la escala Gavelston de orientación y amnesia: The Gavelston Orientation and Amnesia Test (GOAT) (17). La escala mide en definitiva la capacidad para fijar nueva información, que sería la clave de este estado de amnesia postraumática, en el que se encontrarían los pacientes con una afectación más grave, y que es de suma importancia ya que está considerada como uno de los indicadores de pronóstico de la gravedad del TCE más fiables como indicábamos. Y esto lo consigue mediante la valoración de la orientación en cada una de sus esferas temporal, espacial y personal, así como la memoria tanto retrógrada como anterógrada. A nivel conductual es importante poder cuantificar el nivel de agitación que presentan los pacientes.

2.2. Trastorno neurocognitivo mayor moderado

Los pacientes que presentan un trastorno neurocognitivo mayor moderado tras un daño cerebral se caracterizan por presentar dificultades en los siguientes dominios cognitivos (16):

- ***Orientación:*** en general, estos pacientes suelen estar orientados, aunque pueden cometer fallos a nivel temporal, pudiendo confundir el día del mes y ocasionalmente el día de la semana, pero se sitúan correctamente en el mes y

el año. En cuanto a la orientación espacial, saben ubicarse de forma adecuada en la ciudad en la que se encuentran, el hospital, etc. Presentan, además, una adecuada orientación personal, pudiendo dar datos concretos sobre ellos mismos como su edad o fecha de nacimiento, así como reconocer a las personas cercanas y/o conocidas.

- *Atención:* en este estado los pacientes mantienen un buen nivel de alerta, siendo capaces de percibir y atender a todo lo que acontece a su alrededor. Son capaces de mantener la atención y concentrarse ante las tareas, aunque su rendimiento es bajo, ya que presentan alteraciones en los procesos atencionales básicos, muestran dificultades para concentrarse, siendo frecuentemente incapaces de inhibir distractores (música de fondo, alguien que habla mientras realizan una tarea, etc.). Son incapaces de realizar tareas que impliquen procesos atencionales más complejos, como tareas de atención alternante o de atención dividida en las que tengan que alternar dos tareas o de realizarlas a la vez. Es común, además, que estos pacientes muestren alteraciones en la velocidad de procesamiento de la información, mostrando bradipsiquia en mayor o menor medida. Muchos pacientes con lesiones en el hemisferio derecho pueden mostrar además deficiencias en prestar atención a todo lo que se ubique en su parte izquierda (heminegligencia), resultando muy difícil para estos pacientes compensar este déficit de forma espontánea sin guía.
- *Memoria:* estos pacientes en general son capaces de recordar o acceder a las cosas que aprendieron antes del daño cerebral (memoria retrógrada), aunque en ocasiones pueden confundir hechos, sobre todo si son cercanos en el tiempo al daño cerebral. Donde mayores dificultades presentan es en la capacidad para aprender o recordar situaciones o hechos recientes (memoria anterógrada). Son capaces de retener nueva información aunque aún muy por debajo de lo que sería esperable para su nivel premórbido, precisando de muchas repeticiones y mostrando un volumen de memoria bajo.
- *Funcionamiento ejecutivo:* la capacidad para organizar y planificar cualquier actividad para después llevarla a la práctica de forma eficiente, rápida y satisfactoria sufre un detrimento importante en los pacientes con un trastorno neurocognitivo mayor moderado, resultando difícil la toma de decisiones y la resolución de problemas. Asimismo, a estos pacientes les resulta difícil considerar alternativas, establecer pasos a seguir adecuados en cada situación, mostrar un razonamiento flexible, no insistente y persistente en una misma idea. También suelen presentar dificultades en la capacidad de adaptarse a los cambios con agilidad mental, mostrando rigidez cognitiva y en la velocidad de razonamiento.
- *Percepción visual:* en general, distinguir, reconocer y manejar los estímulos visuales de manera correcta (colores, formas, objetos, caras) son áreas que suelen encontrarse preservadas, aunque dependerá de la localización de la lesión.

- **Capacidades visuoconstructivas:** una adecuada capacidad para reconocer las partes de un todo para su posterior reconstrucción, realizando una integración lógica y coherente suele verse disminuida con frecuencia en este grupo de pacientes.

Otro aspecto a destacar son las alteraciones de la conducta, principalmente los cambios de personalidad, presentando generalmente un patrón combinado de las posibles alteraciones de la personalidad: labilidad (inestabilidad emocional, irritabilidad, impaciencia, oposicionismo y/o poca tolerancia a la frustración), desinhibición (infantilismo, euforia y/o desinhibición), apatía (apatía, abulia, indiferencia y/o embotamiento afectivo), sintomatología de tipo paranoide, impulsividad, rigidez conductual y perseverancia, pudiendo presentar de forma ocasional algún tipo de ideas autorreferenciales. Es común la falta de conciencia plena de enfermedad, ya que los pacientes tienden a ignorar o minimizar las deficiencias cognitivas y conductuales, así como a minimizar las consecuencias de los déficits en sus actividades diarias, no pudiendo planificar actividades acordes a su situación real. El sueño presenta una afectación moderada de forma habitual, que en estos estados aún necesita ser controlado farmacológicamente. En general, los pacientes con un deterioro cognitivo moderado, en función de las limitaciones físicas que pueden presentar, tienen capacidad para ser autónomos dentro de casa referentes al autocuidado (actividades básicas de la vida diaria), aunque pueden requerir supervisión, guía y recordatorios verbales, siendo aún muy dependientes en aquellas tareas que debe realizar en su entorno habitual, barrio o ciudad (actividades instrumentales) (16), así como en las avanzadas. Las relaciones sociales se ven claramente mermadas y se circunscriben al entorno más inmediato. Para valorar a estos pacientes es necesario la valoración neuropsicológica de todas las funciones cognitivas superiores, así como una valoración del perfil conductual que muestra el paciente, del grado de conciencia de los déficits que presenta, así como de su nivel de funcionalidad.

2.3. Trastorno cognitivo mayor leve

Se incluyen en este grupo pacientes que por el tipo de lesión o de evolución que han presentado tras la lesión presentan una discapacidad de menor impacto físico, cognitivo y/o conductual que el de los pacientes pertenecientes al grupo cognitivo grave y moderado. Los déficits cognitivos en estos pacientes, sean en más de una función cognitiva o focales, son de menor grado, y de forma general se manifiestan de la siguiente forma:

- **Orientación:** se encuentran totalmente orientados en tiempo, espacio y persona.
- **Atención:** pueden seguir presentando ligeras dificultades en procesos atencionales básicos (atención sostenida), aunque sus mayores dificultades se manifiestan en actividades que implican procesos atencionales complejos (atención selectiva, alternante y dividida). Aquellos pacientes con lesiones en el hemisferio derecho han sido capaces de compensar la heminegligencia izquierda.
- **Memoria:** asimismo, muchos pacientes pertenecientes a este grupo continúan teniendo problemas de memoria, pero el impacto en su vida es menor gracias al trabajo de compensación, utilización de estrategias y uso sistemático de ayudas externas (agenda, móvil, etc.).

- *Funcionamiento ejecutivo*: los pacientes con un deterioro neurocognitivo mayor leve pueden presentar limitaciones en capacidades necesarias para formularse metas, les cuesta planificar etapas y desarrollar estrategias para conseguir sus objetivos. En algunos casos, siguen necesitando ayuda externa para iniciar, proseguir o detener secuencias complejas de conducta de forma ordenada e integrada. Persiste en muchos de los afectados lentitud en la velocidad de procesamiento y en la búsqueda de información.
- *Percepción visual*: los pacientes son capaces de percibir y reconocer las formas, colores, objetos y caras y no presentan limitaciones en la vida diaria.
- *Capacidades visuoespaciales*: la capacidad para construir puede verse disminuida en pacientes principalmente con lesiones en el hemisferio derecho, pero en mucha menor medida que los pacientes con un deterioro cognitivo moderado.

Otro factor a destacar son las alteraciones comportamentales que, aunque suelen reducir en frecuencia e intensidad, persisten las dificultades de control y autorregulación (labilidad, apatía, impulsividad, rigidez, etc.). En la mayoría de los casos en este grupo los pacientes llegan al final de su proceso de rehabilitación, presentando una mejor conciencia de enfermedad, de los déficits presentes y de las limitaciones que estos producen. El sueño puede estar levemente afectado y responder adecuadamente a pautas terapéuticas. Generalmente, los pacientes con un deterioro neurocognitivo mayor leve, en función de las limitaciones físicas presentes, tienen capacidad para ser totalmente autónomos para las actividades básicas de la vida diaria, y mostrando aún dificultades en las actividades instrumentales, siendo dependientes para la realización de las actividades avanzadas de la vida diaria (capacidad de estudio, asuntos médicos y financieros, trabajo y ocio) (16).

En este nivel los pacientes pueden presentar, además de alguna de las alteraciones de la actividad ya comentadas anteriormente, ahora mucho menos frecuente y menos llamativa, normalmente caracterizadas por fatiga mixta generalmente leve y alteraciones conductuales como las descritas, alteraciones emocionales de tipo ansioso, depresivo o mixto. Estas alteraciones emocionales suponen algún tipo de malestar psíquico, social y ocupacional, y en general están producidas por la dificultad para asumir la pérdida de capacidades, adaptarse a la nueva situación y hacer los ajustes necesarios al cambio que se ha experimentado tras el daño cerebral.

Para valorar a estos pacientes es necesario igualmente una valoración neuropsicológica completa de todas las funciones cognitivas superiores, así como una valoración del perfil conductual que muestra el paciente, del grado de conciencia de los déficits que presenta, así como de la funcionalidad.

2.4. Trastorno neurocognitivo leve

Los pacientes que presentan un trastorno neurocognitivo leve pueden mostrar a nivel cognitivo dificultades en los procesos atencionales complejos, leves fallos de memoria y mostrar dificultades para resolver problemas complejos.

A nivel conductual es frecuente que persista cierta fatiga mental y un ligero enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, pudiendo manifestar sintomatología conductual

de tipo lábil, muchas veces reactiva a la situación actual que están viviendo, siendo frecuente además presentar alteraciones emocionales. Los pacientes a este nivel muestran una buena conciencia de enfermedad, pudiendo describir con exactitud la sintomatología que presentan y cómo les afecta en su día a día.

A nivel de funcionalidad, estos pacientes tienen capacidad para ser totalmente autónomos para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pudiendo mostrar dificultades en las actividades avanzadas de la vida diaria.

La valoración de estos pacientes requiere, además de la valoración neuropsicológica (cognitiva y conductual) y funcional completa, una valoración del estado emocional que presentan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano de la Cuerda, R. y Collado Vázquez, S. *Neurorrehabilitación: métodos específicos de valoración y tratamiento*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2012.
2. Giacino, J.T. *et al.* "Monitoring rate of recovery to predict outcome in minimally responsive patients", *Arch Phys Med Rehabil*, 1991, 72(11), pp. 897-901.
3. Giacino, J.T., Kalmar, K. y Whyte, J. "The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility", *Arch Phys Med Rehabil*, 2004, 85 (12), pp. 220-229.
4. Ferri, J., Noé, E., y Lloréns, R. "The Spanish version of the Coma Recovery Scale-Revised: Events on a correct timeline". *Brain Injury*, 2015, 29(7-8), pp. 1.002-1.003.
5. Teasdale, G. y Jennett, B. "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale", *Lancet*, 1974, 2(7872), pp. 81-84.
6. Plum, F. y Posner, J.B. "The diagnosis of stupor and coma", *Contemp Neurol Ser*, 10 (1972), pp. 1-286.
7. Laureys, S. y Boly, M. "The changing spectrum of coma", *Nat Clin Pract Neurol*, 2008, 4(10), pp. 544-546.
8. Kitamura, K., Morioka, T. y Fukui, M. "Patients with profoundly disturbed consciousness in Kyushu and Okinawa", en Hori, S. y Kanno, T. (eds.). *Proceeding of the 8th Annual Meeting of The Society for treatment of Coma*. Tokyo, Neuron, 1999, pp. 3-16.
9. Laureys, S. *et al.* "Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome", *BMC Med*, 8(2010), p. 68.
10. Jennett, B. *et al.* "Neuropathology in vegetative and severely disabled patients after head injury", *Neurology*, 2001, 56(4), pp. 486-490.
11. "Medical aspects of the persistent vegetative state (2). The Multi-Society Task Force on PVS", *N Engl J Med*, 1994, 330(22), pp. 1.572-1.579.
12. "Medical aspects of the persistent vegetative state (1). The Multi-Society Task Force on PVS", *N Engl J Med*, 1994, 330(21), p. 1.499-1.508.

13. Giacino, J.T. *et al.* "The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria", *Neurology*, 2002, 58(3), pp. 349-353.
14. Laureys, S., Owen, A.M. y Schiff, N.D. "Brain function in coma, vegetative state, and related disorders", *Lancet Neurol*, 2004, 3(9), pp. 537-546.
15. American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th Edition, Washington, D.C.
16. Navarro, M.D., Martínez, B. y Ferri, J. *Daño cerebral adquirido: guía práctica para familiares*. Ed. Hospitales Nisa, 2007.
17. Levin, H.S., O'Donnell, V.M. y Grossman, R.G. "The Gavelston orientation and amnesia test. A practical scale to assess cognition after closed head injury". *J Nerv Ment Dis*, 167(1979), pp. 675-684.

10. LO QUE NO SE DEBE HACER EN VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

Dr. Javier Alonso Santos

INTRODUCCIÓN

Hace muchos años que, en España, nos podemos considerar expertos en valoración del daño corporal, y como decía el Dr. Claude Rousseau, autoridad en esta materia, "Qué suerte tenéis en España al tener un baremo que forma parte de una ley".

Es cierto que tenemos un sistema de valoración que cumple todos los requisitos para ser una perfecta herramienta para calcular de forma objetiva los daños sufridos, no importa desde qué ámbito de la responsabilidad civil, pero de su buen o mal uso se derivan consecuencias a veces no del todo justas.

Tenemos obligación de utilizarlo y además de forma correcta, pero siempre dependerá de la intencionalidad empleada para que el resultado sea el idóneo.

La valoración del daño corporal es una disciplina de la medicina de cuya actuación se derivan consecuencias económicas y, en función de estas, conseguir tener una vida digna. La medicina, como ciencia, marca los límites en sus posibilidades terapéuticas y cuando estas llegan a su fin, interviene la medicina pericial para reflejar en un informe todo aquello que permita valorar las consecuencias de las secuelas.

El que existan las consecuencias económicas tiene un aspecto positivo y otro negativo:

- **El positivo, porque permite compensar todo aquello que le pueda restituir su situación anterior o al menos obtener la ayuda necesaria para acercarse a ello.**
- **El negativo, porque ese interés lucrativo, a veces interesado y otras veces mal interpretado, no es buen consejero de la buena práctica de la medicina. Esta pretende curar y el lucro beneficiarse, aspectos antagónicos que desgraciadamente tienen que convivir.**

De igual forma, la falta de formación médica y una intencionalidad más que dudosa pueden hacer que esa compensación económica se vea acompañada de malas actuaciones. Unas veces porque se pretende abusar del lucro, y otras por esa falta de formación, lo cierto es que se pueden ver alterados los principios éticos de todo médico valorador, perito en definitiva, cuyo único objetivo debe ser la honradez.

Partimos de la base de que es injusto, o al menos extraño, que de la práctica de la medicina y de las consecuencias secuelares se puedan derivar indemnizaciones. No siempre se hace

correctamente, pero por desgracia es la única solución.

A pesar del principio de la "Restitutio In Integrum", esa integralidad ideal nunca se consigue cuando hay secuelas y la compensación económica es la única posibilidad de conseguirlo de la mejor manera.

COLECTIVOS QUE INTERVIENEN

Los principales responsables son los profesionales de la Medicina que desarrollan la valoración del daño corporal (forenses, médicos de entidades aseguradoras, médicos valoradores independientes, etc.), pero también recae mucha responsabilidad en todos aquellos profesionales que intervienen antes y durante el proceso de tratamiento y curación.

Me refiero a los médicos de cabecera y especialistas que pueden ayudar, o todo lo contrario, en la consecución de una "valoración" adecuada en tiempo y forma.

Al tratarse del mundo de la medicina legal, existen otros colectivos que se ven involucrados en ese proceso. Concretamente me refiero a los abogados y a los jueces, quienes también son considerados piezas importantes en este puzzle y sin los que sería imposible cerrar el círculo de la valoración del daño.

Los destinatarios finales son los propios lesionados y, en multitud de ocasiones, son la familia y los amigos los que pueden tener la última palabra en decisiones importantes y difíciles de las que se pueden derivar actuaciones poco recomendables.

Como el título de esta intervención es "Lo que no se debe hacer", mi intención no es pesimista ni catastrofista, pero no puedo dejar de exponer una serie de situaciones que alteran esa restitución integral anteriormente citada, que puede ser conseguida de forma correcta y lícita o no tanto.

MÉDICOS

Pieza importante en este proceso y, por tanto, el médico no puede dejar de ser objetivo. Debe reflejar fielmente lo que ve en las exploraciones y describir cuál es la situación secuelar del lesionado sin que se vea influenciado por otras circunstancias.

Si es médico de parte, no se debe dejar influenciar por el sentimiento de pena y por ello llegar a exagerar lo que ve y tender a la generosidad. De igual forma, el médico de la compañía aseguradora no debe ser restrictivo por el simple hecho de formar parte de la institución que indemniza.

El perito médico observa, explora, describe y valora sin dejarse influenciar por agentes externos. Si no fuera así no estaría ejerciendo bien su cometido.

No solo la intencionalidad es mala acompañante de una buena valoración del daño corporal, sino que la falta de formación, en muchas ocasiones, es la causante de una mala peritación. El médico debe estar formado en todas las disciplinas de la medicina de forma básica. No se precisa que esté especializado, pero sí deberá ser asesorado por los diferentes especialistas que le den las bases suficientes para hacer un buen informe pericial.

Hay que distinguir el informe médico convencional del informe médico pericial. Mientras el primero refleja lo que se ha diagnosticado y cómo se ha tratado, el segundo utiliza todas las posibilidades y herramientas que le proporciona la medicina legal para describir las consecuencias que tiene esa situación clínica reflejada en el informe convencional.

Para ello se dispone de un sistema de valoración (Ley 5/2015, de 23 de septiembre, referido a la reforma del sistema para la valoración del daño corporal) que permite profundizar en las consecuencias de las lesiones derivadas de un traumatismo o enfermedad que hacen que el médico valorador consiga realizar un buen trabajo.

La formación en el contenido y reglas de utilización de este sistema de valoración es indispensable para hacer una buena peritación.

No se debe confundir el buen especialista médico con el buen médico valorador. Este último es indispensable para que el abogado, el juez o la entidad aseguradora puedan entender en qué situación ha quedado el lesionado y qué aspectos secuelares se deben compensar.

El médico especialista es una pieza clave para conocer todo lo que ha sucedido durante el proceso de tratamiento y curación, pero solo el médico valorador puede traducir eso a un lenguaje médico legal que entiendan los responsables de decidir la indemnización.

Existen otras situaciones que pueden alterar el contenido de una buena valoración. Me refiero a que una parte importante de la peritación se basa en los periodos de tratamiento y estos deben ser justos. Es indispensable establecer el momento de la consolidación o momento a partir del cual las secuelas ya no pueden seguir mejorando.

Los médicos especialistas deben jugar en terreno neutral de modo que las indicaciones quirúrgicas deben ser las adecuadas y el número de consultas las necesarias.

Igualmente, los centros médicos, los hospitales, clínicas y centros de rehabilitación deben ser lógicos y justos con los tiempos de los ingresos, tipos de tratamiento, número de sesiones de rehabilitación, etc., de forma que algo inocente como es el ejercicio de la Medicina, con mayúsculas, no se convierta en un negocio indiscriminado que perjudique a toda la sociedad.

Es importante dejar constancia de la necesidad del buen uso del sistema de valoración del daño corporal (Ley 35/2015) y de todas sus normas. Para ello la formación es imprescindible y las horas de estudio de su contenido son absolutamente indispensables.

ABOGADOS

Indispensables en el apoyo legal de la mayor parte de los lesionados que precisan una valoración, pero su actuación, al igual que la de los médicos, debe ser intachable.

Es lícita la defensa de los intereses de la víctima, pero los asesoramientos deben ser siempre los adecuados.

Afortunadamente son casos aislados, pero la defensa del lesionado hay que enfocarla como una forma de conseguir sus derechos y nunca como una explotación de su mal para que se convierta en un negocio.

Todas las partes deben conocer la situación real del lesionado a fin de que la valoración se haga con todas las garantías suficientes. Nunca se debe ocultar información y ambas partes estarán abiertas al diálogo para que la valoración pueda realizarse de forma presencial con el lesionado y nunca basarse, solamente, en información escrita. La objetividad del médico se consigue cuando al lesionado se le puede explorar, palpar y medir.

Nunca deben hacerse asesoramientos médicos dirigidos y siempre se evitarán aspectos como la simulación, disimulación, sobresimulación, etc.

LESIONADOS Y ALLEGADOS

Hay un sinfín de situaciones en las que el propio lesionado se ve involucrado, voluntaria e involuntariamente, que hacen que algo que debe ser limpio y transparente se convierta en lo contrario.

No es posible que en un país occidental como el nuestro cualquier accidente, por banal que este sea, deba ser considerado como un negocio. Es más, las cifras se convierten en escandalosas cuando la realidad nos dice que las entidades aseguradoras indemnizan, en más de un 90 % a lesionados con patologías que fueron diagnosticadas como leves. La estrella sigue siendo la patología de columna cervical por colisión por alcance.

No parece normal que esta patología se convierta, por sistema, en enfermedad crónica, independientemente de la gravedad del golpe, de la edad del lesionado y del tratamiento efectuado.

Científica y matemáticamente es imposible que la mayor parte de las colisiones por alcance se conviertan en productores de secuelas cuyos dolores, limitaciones de movilidad, mareos, etc., sean permanentes y de por vida. Ocurre esto aun en pacientes jóvenes.

Nuestras estadísticas superan con creces a países de nuestro entorno en los que la mentalidad indemnizatoria tiene otro sentido social y moral.

Los accidentes de tráfico y los laborales no deben convertirse en fuentes de ingresos de forma indiscriminada cuando no deba ser así. No digamos cuando se producen en edades próximas a los 55 años, en los que se puede tener la intencionalidad de no volver a trabajar o conseguir una invalidez.

En una sociedad cada vez más informada y tras un largo periodo de crisis, son cada vez más frecuentes los fenómenos de disimulación (falsas enfermedades o secuelas), sobresimulación (secuelas ya existentes y que son explotadas) o la intencionalidad de relacionar a un accidente una secuela ya existente.

Es importante lo que hace u opina el lesionado pero cada vez se ven más influenciados por sus familiares y amigos y con opiniones y consejos como:

- **“Vaya, te ha tocado la lotería con el accidente”, haciendo alusión a que el accidente ya se ha convertido en una compensación económica, independientemente de la gravedad del mismo.**

- “Mi cuñado tuvo esa misma lesión y le dieron una compensación. Tú debes solicitar la misma cantidad”, sin conocer con exactitud cuál ha sido la lesión y sus consecuencias.

En definitiva, la cultura de la secuela está tan instaurada en nuestro entorno que es muy difícil cambiar esa mentalidad. Teniendo en cuenta nuestra idiosincrasia y sobre todo los años que llevamos protagonizando esta situación, parece difícil cambiar los hábitos.

JUECES

Jamás me atrevería a decir lo contrario a que los jueces y magistrados realizan correctamente su trabajo y que imparten justicia de forma impecable, pero hay situaciones derivadas de sus actuaciones que podrían ser algo diferentes. A destacar:

- No se penalizan lo suficiente las malas actuaciones de los lesionados, testigos, peritos, etc.
- A veces se utiliza la técnica de igualar versiones cuando una de ellas puede estar totalmente equivocada.
- Se deberían utilizar más a menudo las declaraciones conjuntas de los peritos (careos). Creo que, de esta forma, podrían adquirir una idea más clara de cada una de las opiniones y del nivel de formación y de argumentación de cada caso.
- En algunos casos no se deja puntuar al médico forense según el sistema de puntuación del “Baremo” o no se tiene en cuenta las puntuaciones de los informes periciales aportados. La opinión de la mayoría es que el médico es el único que está capacitado para puntuar y valorar el nivel de gravedad de la secuela.

La mejor forma de conocer lo que está ocurriendo en nuestro entorno, y para intentar solucionar o al menos disminuir las actuaciones poco adecuadas, es conocer algunos casos reales.

Caso n.º 1

Se trata del informe de un médico traumatólogo que a la hora de hacer una valoración en un joven de 17 años que, tras una fractura diafisaria de radio derecho y 90 días de tratamiento, valora las siguientes secuelas:

- Limitación de la movilidad de la muñeca derecha:
 - Extensión (-5°) 1 punto
 - Flexión (-10°) 1 punto
 - Inclinación radial (-10°) 3 puntos
 - Inclinación cúbita (-10°) 2 puntos
 - Pronación (-5°) 1 punto

- Supinación (-5°) 2 puntos

TOTAL 10 puntos

La crítica se basa en que la mayor parte de las limitaciones son de difícil medición ya que 5 grados de limitación son difíciles de calibrar. Además, a esa limitación muy leve de la movilidad general de la muñeca le otorga 10 puntos cuando el sistema de valoración otorga entre 8 y 10 a la “anquilosis completa de la articulación”. Existe una gran desproporción.

Caso n.º 2

Se trata de un informe forense en el que se hacen comentarios sobre la biomecánica y mecanismo de producción de un accidente. En su argumentación dice lo siguiente:

- “En colisiones a baja velocidad, a menor velocidad del vehículo se produce mayor daño al ocupante, pues la deformidad absorbe el golpe. Además, los coches nuevos causan más lesiones que los antiguos ya que son más elásticos”.

Las argumentaciones carecen de sentido científico y, por tanto, no son correctas.

Caso n.º 3

Se trata de la valoración de un perito médico sobre una mujer de 44 años que sufre un alcance posterolateral izquierdo (conductora) y, como consecuencia, se le diagnostica de cervicalgia y lumbalgia.

La evolución es la siguiente:

- El médico le da el alta por consolidación a los 200 días.
- El diagnóstico de secuelas es el siguiente:
 - Algas postraumáticas sin compromiso radicular 2 puntos
 - Limitación de la movilidad toracolumbar 3 puntos
- El paciente, ante la disconformidad de la valoración, realiza un peregrinaje por distintos médicos que le diagnostican:
 - Lesión de “slap” con afectación de labrum glenoideo anterosuperior de hombro izquierdo. Es operada.
 - Lesión idéntica en hombro derecho. Es operada.
 - Lesión labrum de ambas caderas. Es operada.
- Igualmente se produce un peregrinaje por diferentes abogados y el último reclama lo siguiente:
 - 2.955 días de tratamiento (8 años), 17 puntos de secuelas y 10 puntos de perjuicio estético por las cicatrices quirúrgicas.

Dicho abogado, cuatro días antes del juicio, llama a la compañía y admite la primera oferta y valoración (200 días y 5 puntos).

Caso n.º 4

Se trata de un informe médico realizado por un abogado y en el membrete se identifica como "letrado especializado en Valoración del Daño Corporal". El formato del informe es exactamente igual que el de un informe médico pericial (antecedentes, diagnóstico, evolución y valoración, que consiste en 81 días de tratamiento y 5 puntos de secuela por condromalacia).

Esta claro que estamos hablando de una clara usurpación de funciones y esto no es correcto.

Caso n.º 5

Una clínica privada recibe un paciente de 19 años a quien diagnostica de "fractura de vértebra L1 con invasión de muro posterior".

El tratamiento quirúrgico consiste en artrodesis posterior y descompresión, así como corsé una vez terminada la cirugía.

Dicha clínica argumenta, y factura consecuentemente, que la rehabilitación de la columna vertebral la inicia a los cinco días de la cirugía con el corsé colocado.

Caso n.º 6

Una clínica privada diagnostica a un paciente de "contusión costal y lumbosacra". El tratamiento es una simple contusión sin sintomatología, salvo dolor leve, y aun así se le ingresa para tratamiento analgésico.

Durante el ingreso se le practica una RX, un TAC y una resonancia, que demuestran que no hay patología alguna.

Se le da el alta hospitalaria a los dos días, aun no estando justificado de ninguna manera, ni por la clínica ni por la evolución inmediata.

Caso n.º 7

Clínica privada que recibe a un paciente al que diagnostican inicialmente de "fractura de metacarpianos mano derecha" mediante radiografía convencional.

A los dos días le hacen una resonancia que no desvela nada diferente.

A los cinco meses se le hace una resonancia de hombro derecho por dolor y se imputa al accidente.

La entidad aseguradora rechaza el diagnóstico del hombro y la resonancia.

Caso n.º 8

En clínica privada se detecta un abuso generalizado consistente en:

- Previo diagnóstico de WHIPLASH en hospital público, en todos los casos se añade otro diagnóstico para que ya no se considere como facturable el módulo de raquis cervical, y se pueda facturar por otros diagnósticos y actos.
- Se realizan, por sistema, numerosas consultas de seguimiento durante meses por diagnósticos banales.
- Se realizan sesiones de rehabilitación/fisioterapia interminables.
- Al informe clínico final se adjunta un informe de valoración de forma sistemática.
- No se cura nadie y, al final de los procesos, los lesionados están peor que el primer día. De manera sistemática aparecen siempre las mismas secuelas.
- Para justificar las secuelas, adjuntan un informe de biomecánica realizado por podólogo.

EVIDENCIAS

Afortunadamente la mayor parte de las actuaciones siguen siendo correctas, aunque todavía hay muchos casos en los que no ocurre de esa manera.

Es cierto que la problemática socioeconómica arrastrada desde hace diez años ha contribuido a que no haya descendido lo suficiente esta forma incorrecta de hacer las cosas.

Nuestra propia idiosincrasia no ha favorecido mucho esa mejoría. Por regla general somos laxos.

En general, aunque empieza a cambiar el panorama, no se penalizan lo suficiente las malas actuaciones periciales.

Cuando se trata de malas actuaciones producidas en clínicas, centros y hospitales, los organismos oficiales que controlan estas actuaciones deberían ser más estrictos. Se deben cumplir las normas de los convenios y no dar cabida a quien no los respeta.

El nuevo sistema de valoración ha mejorado mucho y ha hecho más justas las compensaciones de las lesiones graves y grandes lesionados y fallecidos, pero no se ha resuelto el abuso y la forma equivocada de entender lo que se debe compensar en el caso de los lesionados leves. A veces existen muchas dudas de que los lesionados leves que solicitan una indemnización lo hayan sido de verdad.

SOLUCIONES

Una vez expuestos los principales problemas que manchan el buen hacer de todas las personas e instituciones que conviven en el entorno de la valoración del daño corporal, se deberían tomar decisiones firmes para hacer correcto lo que ahora no lo es del todo, a destacar:

- Mayor control y firmeza en las conclusiones médicas por parte de todos aquellos profesionales médicos que realizan informes periciales.

- Mayor rotundidad en los juzgados a la hora de penalizar actuaciones poco éticas o delictivas, decisión que, sin duda, influirá en la mejora de esos comportamientos y tendencias poco adecuadas.
- Se debe seguir luchando contra el fraude, no solo por parte de las compañías aseguradoras, sino por todo aquel que sea testigo de una mala actuación y de él dependa que algo incorrecto no se plasme en realidad.
- Se debe utilizar el nuevo sistema de valoración de forma correcta y por supuesto conocerlo en profundidad. A veces la incorrección de lo que se pone en un informe o de lo que se reclama es por desconocimiento o por mala interpretación del contenido del baremo.

Cada vez es más frecuente, por parte de las entidades aseguradoras, la utilización de los investigadores privados. Cuando el fraude es tan evidente, no queda más remedio que utilizar esta forma de demostrar la evidencia.

Hoy en día son indispensables a la hora de aportar testimonios gráficos en los juzgados. Son pruebas objetivas que demuestran afirmaciones incorrectas, informes periciales poco verídicos, testimonios falsos y comportamientos incorrectos.

En la práctica, sus aportaciones, normalmente en el acto del juicio, sacan a la luz situaciones comprometidas de tal calibre que llegan a demostrarse hechos tan inverosímiles como ciegos que conducen, parapléjicos que andan, afásicos que hablan y son capaces de seguir una conversación, y personas con invalideces por el INSS que trabajan sin ningún tipo de incapacidad.

CONCLUSIONES

- Aspectos y comportamientos que no se deben realizar siguen siendo frecuentes, aunque afortunadamente no es un comportamiento generalizado.
- Afecta a profesionales y a los propios lesionados que con un afán lucrativo desmedido son capaces de adulterar sus principios.
- Tiene una gran repercusión económica y esto hace que sean imprescindibles las campañas contra el fraude.
- Es imprescindible combatirlo desde las consultas de los médicos, desde los juzgados y desde las compañías aseguradoras.
- El fraude y los comportamientos interesados dependen de la personalidad del individuo, aunque el legislador tiene buena parte de culpa por no perseguir lo suficiente esos comportamientos.
- Cambiar los comportamientos no es fácil y depende en buena medida de los que hagan los legisladores. Mientras tanto, hay que seguir luchando para que cada vez sea menos frecuente “lo que no se debe hacer”.

PARTE II

COMUNICACIONES

1. PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN LA LEY 35/2015: 'CONCEPTO TRIVIAL' Y DOCUMENTO QOL

Dr. Víctor Gálvez Castiella

INTRODUCCIÓN

La entrada en vigor de la Ley 35/2015 el 1 de enero de 2016 supuso una auténtica revolución en el mundo de la valoración del daño corporal dada la modificación estructural profunda del sistema de valoración, fundamentada en los principios de reparación íntegra del daño y su reparación vertebrada, y en la introducción de nuevos conceptos clave como el de la pérdida de calidad de vida (1).

El entendimiento de estos nuevos conceptos resulta fundamental para poder aplicar el nuevo sistema de valoración, dada la complejidad del mismo.

LA CALIDAD DE VIDA

Para entender la pérdida de calidad de vida debe necesariamente partirse del conocimiento de qué se está perdiendo, por lo que es necesario definir el concepto de "calidad de vida".

La primera utilización del concepto pudo producirse tras la Segunda Guerra Mundial como tentativa de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o se sentían financieramente seguras (2). Se recogió igualmente a finales de los años sesenta en la investigación científica de la asistencia social benéfica (3), siendo definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo de un grupo de población determinado y su correspondiente valoración subjetiva.

En las décadas siguientes el término "calidad de vida" se utilizó indistintamente para nombrar numerosos aspectos diferentes de la vida como estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad (4).

El término "calidad de vida" aparece como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social.

La calidad de vida es un constructo conceptualmente complejo y multidimensional que está en continua revisión dependiendo del momento histórico en que se define, con tantas variaciones como contextos socioculturales donde se intenta medir, con un dinamismo que evoluciona con la sociedad y con un planteamiento aparentemente común que, sin embargo, concluye en la creación de una percepción o vivencia personalísima de cada individuo (5).

En 1948, la OMS esbozó un intento de hablar de calidad de vida como un bien personal complejo

y subjetivo cuando define la salud como “...el estado completo de bienestar físico, emocional y social, y no solo la ausencia de enfermedad...” (6).

En 1994, la OMS definió la calidad de vida como “...la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones...”.

La calidad de vida es un concepto poliédrico que integra la vivencia individualizada subjetiva del bienestar del propio paciente en un supraconcepto de bienestar social contextual objetivo individualizado.

CONCEPTOS RELATIVOS A CALIDAD DE VIDA EN LA LEY 35/2015

La Ley 35/2015 introduce los conceptos clave de *actividades esenciales de la vida ordinaria (AEVO)* y *actividades específicas de desarrollo personal (AEDP)*, conceptos que resultarán fundamentales para poder valorar la pérdida de calidad de vida ocasionada tanto por secuelas como por lesiones temporales.

El *perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas* se define en el artículo 107 como el perjuicio moral particular que sufre la víctima por las secuelas que impiden o limitan su autonomía personal para realizar las AEVO o su desarrollo personal mediante AEDP.

El *perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida* se define en el artículo 137 como el perjuicio moral particular que sufre la víctima por el impedimento o la limitación que las lesiones sufridas o su tratamiento producen en su autonomía (AEVO) o desarrollo personal (AEDP).

Las AEVO quedan definidas en el artículo 51 como “...A efectos de esta ley se entiende por actividades esenciales de la vida ordinaria comer, beber, asearse, vestirse, sentarse, levantarse y acostarse, controlar los esfínteres, desplazarse, realizar tareas domésticas, manejar dispositivos, tomar decisiones y realizar otras actividades análogas relativas a la autosuficiencia física, intelectual, sensorial u orgánica...”.

Las AEDP quedan definidas en el artículo 54 como “...A efectos de esta ley se entiende por actividades de desarrollo personal aquellas actividades tales como las relativas al disfrute o placer, a la vida de relación, a la actividad sexual, al ocio y la práctica de deportes, al desarrollo de una formación y al desempeño de una profesión o trabajo, que tienen por objeto la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad...”.

Es importante entender que las definiciones dadas en estos dos artículos son explícitamente aplicables “a efectos de esta ley”, por lo que para valorar la afectación de dichas actividades se deberá tener en cuenta el contenido concreto de estos artículos.

De igual forma, y directamente relacionados con los conceptos de AEVO y AEDP, la Ley 35/2015 define los conceptos de *pérdida de autonomía personal* (artículo 50): “...A efectos de esta ley la pérdida de autonomía personal consiste en el menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impide o limita la realización de las actividades esenciales de la vida ordinaria...”; y de *pérdida de desarrollo personal* (artículo 53): “...A efectos de esta ley se entiende que la pérdida de desarrollo personal consiste en el menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impide o limita la realización de actividades específicas de desarrollo personal...”.

Es decir, se tiene en cuenta no solo el impedimento para la realización de las AEVO y AEDP, sino también la limitación para la realización de las mismas (7).

Para conocer la afectación (impedimento o limitación) de las actividades mencionadas, debe conocerse qué incluye cada una de ellas.

Contenido AEVO

- *Comer*: reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos. Llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local. Cortar o partir la comida en trozos. Abrir botellas y latas. Usar cubiertos.
- *Beber*: sujetar el vaso. Llevarlo a la boca. Beber de manera adecuada para la cultura local. Mezclar. Revolver y servir líquidos para beber. Abrir botellas y latas. Beber a través de una ayuda instrumental.
- *Asearse*: abrir y cerrar grifos. Lavarse las manos. Acceder a la bañera, ducha o similar. Lavarse la parte inferior del cuerpo. Lavarse la parte superior del cuerpo. Otros cuidados corporales: peinarse, cortarse las uñas, lavarse el pelo, lavarse los dientes.
- *Vestirse*: reconocer y alcanzar la ropa y el calzado. Calzarse. Abrocharse botones o similar. Vestirse las prendas de parte inferior del cuerpo. Vestirse las prendas de parte superior del cuerpo.
- *Sentarse, levantarse y acostarse*: cambiar de tumbado a sentado en la cama. Permanecer sentado. Cambiar de sentado en una silla a estar de pie. Permanecer de pie. Cambiar de estar de pie a sentado en una silla. Cambiar de estar de pie a tumbado. Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado o acostado.
- *Controlar los esfínteres*: control intencional completo de la vejiga. Uso de dispositivos para manejo vesical. Accidentes. Control del vaciado intestinal. Uso de elementos. Accidentes.
- *Desplazarse*: realizar desplazamientos dentro del hogar para vestirse, para comer, para lavarse, no vinculados al autocuidado, entre estancias comunes, acceder a todas las estancias comunes del hogar; acceder al exterior, realizar desplazamientos alrededor del edificio, cercanos y lejanos en entornos conocidos y desconocidos.
- *Realizar tareas domésticas*: preparar comidas para alimentación básica de uno mismo. Hacer la compra. Limpiar y cuidar de la vivienda. Lavar y cuidar la ropa. (Conviene precisar que la realización de tareas domésticas como AEVO se refiere a la autosuficiencia física, es decir, a la posibilidad de realizar el mínimo que permita la suficiencia en alimentación para uno mismo, limpieza, etc., encaminado a la subsistencia, no a realizar dichas actividades de forma perfecta, completa o para beneficio de terceras personas).
- *Manejar dispositivos*: uso de sistemas de comunicación, teléfonos, ordenadores, mandos a distancia, etc.

- *Tomar decisiones*: decidir sobre la alimentación cotidiana. Dirigir los hábitos de higiene personal. Planificar los desplazamientos fuera del hogar. Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas y desconocidas. Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano. Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas. Resolver el uso de servicios a disposición del público.

Contenido AEDP

- *Disfrute o placer*: capacidad de disfrutar de las cosas. Relacionada de forma directa o indirecta con el resto de AEDP.
- *Vida de relación*: interacciones básicas (mostrar respeto, afecto, aprecio, tolerancia y actitud crítica en las relaciones) y complejas (actuar de acuerdo a normas y convenciones sociales, controlar emociones e impulsos). Relación con familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudios, etc.
- *Actividad sexual*: desarrollar o mantener una relación de naturaleza sexual con el cónyuge u otra pareja.
- *Ocio y práctica de deportes*: ocio variado (TV, cine, lectura, museos, conciertos, tocar instrumentos musicales, pintura, manualidades, juegos, aficiones, etc.). Deporte habitual y esporádico. Frecuencia y duración del mismo.
- *Formación*: relacionado con el aprendizaje. Válido para todas las edades, formación no reglada (padres), reglada (educación preescolar, escolar, formación profesional y superior) y adicional (formación continuada, cursos, idiomas...).
- *Profesión o trabajo*: actividad laboral u ocupacional fundamental, remunerada o no.

EL 'CONCEPTO TRIVIAL'

Cuando nos disponemos a valorar la afectación en la persona de sus AEDP (disfrute o placer, vida de relación, actividad sexual, ocio y práctica de deportes, formación y profesión o trabajo), debemos plantearnos si el peso de cada una de estas seis actividades es el mismo en cada persona.

Basta con analizar distintos ejemplos para obtener respuesta a esta cuestión.

- Si analizáramos las AEDP en un niño en edad escolar nos encontraríamos con que la actividad de formación tendría una importancia fundamental, al contrario de lo que ocurriría con la actividad sexual y la actividad laboral.
- Una mujer joven cuya vida girara alrededor de la práctica del montañismo con amigos todos los fines de semana probablemente tendría una percepción alta de la actividad de ocio y práctica de deportes, de la vida de relación, de la actividad sexual, y pudiera ser que la percepción de la importancia de la actividad de formación o incluso de su actividad profesional fuera inferior.

- Un adulto de mediana edad para el que lo más importante en su vida fuera el trabajo, sin realizar actividad deportiva ni ocio específico y sin requerir una formación continuada significativa tendría una percepción de su actividad profesional superior al resto de actividades en las que algunas podrían ser marginales.
- Podría igualmente plantearse cómo una mujer anciana con estado de salud deteriorado podría tener un mayor peso en la percepción de su vida de relación (familiares) y menor peso en actividad de formación, ocio y deportes y actividad sexual, cuando por lo contrario otra mujer anciana de la misma edad podría tener una vida muy activa por lo que su distribución de AEDP podría tener como importantes la actividad de ocio y deportes, vida de relación, disfrute o placer, e incluso la actividad sexual.

Una vez comprobado que la distribución porcentual de las AEDP en cada persona no es uniforme, se plantea el reto de afrontar su valoración.

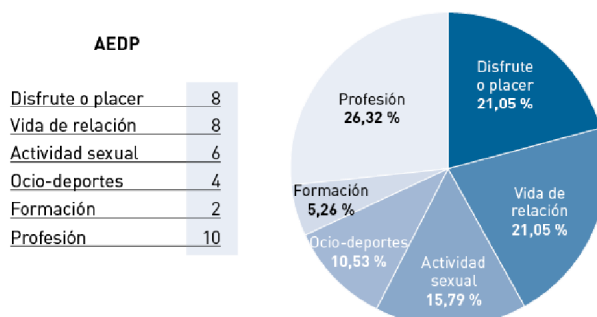
El *concepto Trivial* —con referencia al conocido juego de mesa— consiste en plantearse que el paciente a valorar es una ficha de Trivial vacía a la que tenemos que definir el tamaño de cada uno de sus seis “quesitos”, correspondientes a su vez a las seis AEDP a valorar. De esta forma obtendremos el peso relativo de cada AEDP en cada persona.

A efectos prácticos, existe la posibilidad de analizar desde el exterior las AEDP de la persona y establecer la distribución que consideramos más proporcional.

Sin embargo, al ser la calidad de vida un concepto con alto contenido subjetivo desde el momento en que se define (OMS, 1994) como la *percepción del individuo*, parece necesario contar con información sobre la percepción del propio individuo de su calidad de vida.

De ahí surge el *Cuestionario de percepción subjetiva de las AEDP*, en el que se parte de la explicación al paciente sobre en qué consisten las seis AEDP a valorar y se le pide a continuación que puntúe cada una de ellas según la importancia que tienen en su vida (figura 1).

Figura 1. Ejemplo de cuestionario de percepción subjetiva de las AEDP



VALORACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA

Se trata de desarrollar una herramienta para la valoración de la pérdida de calidad de vida.

Los *objetivos* a cumplir por dicha herramienta son tres:

1. Debe estar ajustada a la Ley 35/2015, siendo fiel al contenido de la misma.
2. Debe proporcionar una visión global de lo que se está valorando, ya que la complejidad del concepto abstracto dificulta su comprensión.
3. Debe ser fácil de utilizar para que sea una herramienta de utilización práctica, no sólo un instrumento aplicable para estudios de investigación.

Previo al desarrollo de la herramienta debe plantearse si existe alguna *escala de valoración o baremo* que cumpla con dichas condiciones buscadas.

- El *Índice de Barthel* referido únicamente a AEVO, solo valora las actividades básicas, sin recoger las actividades instrumentales ni cognitivas (no contempla tareas domésticas, manejo de dispositivos, toma de decisiones u otras análogas) (8).
- El *Índice de Lawton-Brody* referido únicamente a AEVO, diseñado para la población anciana, solo valora actividades instrumentales (no contempla comer, beber, asearse, vestirse, sentarse, levantarse, acostarse, controlar esfínteres u otras análogas) (9).
- El *FIM®* (Medida de la Independencia Funcional) referido solo a AEVO, se creó en los años ochenta con la idea de crear un índice de medida global de incapacidad similar al Barthel, pero con mayor sensibilidad, y que tuviera en cuenta las alteraciones cognitivas y psicosociales que el índice de Barthel no incluía. Es más completo al incluir actividades motoras y cognitivas (no contempla tareas domésticas o manejo de dispositivos) (10).
- El *Baremo de Valoración de Dependencia* referido solo a AEVO, presenta una alta coincidencia entre las AEVO descritas en la Ley 35/2015 y las que recoge en su desarrollo, incluyendo actividades básicas e instrumentales. Sin embargo, al estar diseñado únicamente para la valoración de la situación de dependencia, no discrimina lo suficiente la dificultad para la realización de la actividad, siendo los coeficientes del tipo de apoyo muy similares para la supervisión (0,90), asistencia física parcial (0,90), sustitución máxima (0,95) y apoyo especial (1,00) (11).
- La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) agrupa sistemáticamente los dominios de la salud. Dentro de cada componente los dominios se agrupan teniendo en cuenta sus características comunes (como su origen, tipo o similitud) y se ordenan desde una perspectiva lógica. Aunque recoge las AEVO y AEDP, resulta una clasificación en exceso compleja como para cumplir con el objetivo marcado de facilidad de uso.

Sí resulta de gran utilidad el sistema de cuantificación de todos los componentes del CIF utilizando la misma escala genérica, en la que se

determina la siguiente graduación: *no hay deficiencia*, *deficiencia ligera*, *deficiencia moderada*, *deficiencia grave* y *deficiencia completa* (12).

El cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0) se basa en el marco conceptual de la CIF. Es un instrumento de evaluación genérico desarrollado por la OMS para brindar un método estandarizado de medición de la salud y la discapacidad entre las culturas, desarrollado a partir de un conjunto integral de dimensiones de la CIF. Recoge un calificador genérico con escala negativa, utilizado para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia y una puntuación de esta herramienta estructurada en 5 puntos relativos a la magnitud de la deficiencia o dificultad en las actividades debido a las condiciones de salud: ninguna (1), leve (2), moderada (3), severa (4) y extrema o no puede hacerlo (5) (13).

Analizando las escalas descritas podemos concluir, coincidiendo con la Dra. Criado, en que las escalas de pérdida de calidad de vida que se utilizan habitualmente o las más extendidas en medicina o medicina legal no nos sirven para valorar la pérdida de calidad de vida por la disminución conjunta de la pérdida de autonomía y de las actividades específicas de desarrollo personal.

EL DOCUMENTO QOL

Se crea el documento QOL, utilizando el programa Excel (paquete Office), dada la disponibilidad universal de dicho programa, con el propósito de facilitar su accesibilidad y difusión.

Dicho documento pretende analizar la afectación de las AEVO y AEDP de forma individualizada en cada paciente y obtener un resultado concreto de afectación de dichas actividades, tanto en la valoración de la pérdida de calidad de vida por lesión temporal, como en la valoración de la pérdida de calidad de vida asociada a secuelas, buscando en este segundo bloque que responda a las *condiciones del artículo 109* (Medición del perjuicio por pérdida de calidad de vida), que indica como parámetros para determinación de la cuantía del perjuicio la importancia y número de actividades afectadas y la edad.

Tiene en cuenta el *concepto Trivial* al aplicar un peso específico a cada AEDP en dependencia de la percepción subjetiva de cada paciente, manteniendo un peso homogéneo en las AEVO al considerarlas comunes a todas las personas.

Siguiendo criterios CIF, se establecen cinco posibilidades para cada actividad, a las que se aplica un *porcentaje de afectación* que permita la simplificación de la valoración: actividad impedida (100 %), limitación severa (75 %), limitación moderada (50 %), limitación ligera (25 %) y no limitación (0 %).

Se propone una *correlación calificativa-porcentual* teniendo en cuenta la terminología utilizada en el desarrollo de los artículos 138 (grados del perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida) y 108 (grados del perjuicio moral por pérdida de calidad de vida —asociado a secuelas—) de la Ley 35/2015 (tabla 1).

Tabla 1. Correlación calificativa-porcentual

LESIÓN TEMPORAL	%	SECUELAS
la casi totalidad (AEVO)	90 %	la casi totalidad (AEVO)
la mayor parte (AEDP)	50 %	la mayor parte (AEDP)
una parte relevante (AEVO+AEDP)	25 %	una parte relevante (AEDP)
	20 %	algunas (AEVO)
	10 %	especial trascendencia (AEDP)

En relación con *la casi totalidad* referida a las AEVO, correspondería a *todas menos una*, por lo que si contemplamos que son 10 las actividades, equivaldría al 90 %.

En cuanto a *la mayor parte* referida a las AEDP, entendemos que es equivalente a *más de la mitad* (50 %).

En cuanto a *algunas* referido a las AEVO, consideramos que deben ser *al menos dos*, por lo que equivaldría a un 20 %.

Más subjetiva sería la correlación de *una parte relevante*, referida a AEDP, debiendo ser inferior al 50 % de *la mayor parte*, pudiendo establecerse un porcentaje orientativo del 25 %.

Y, por último, en relación con actividades *de especial trascendencia*, referida a las AEDP, debiendo ser inferior al 25 %, dada la indefinición podría sugerirse un porcentaje orientativo del 10 %.

Se presenta para rellenar una tabla sencilla, de la que existen cuatro modelos específicos según se trate de valorar la afectación de AEVO o las AEDP y según se trate de afectación de lesión temporal o de secuelas (figuras 2 a 5).

Los campos a rellenar son los sombreados correspondientes al peso específico de las AEDP y al grado de afectación de cada una de las actividades: actividad impedida (100 %), limitación severa (75 %), limitación moderada (50 %) y limitación ligera (25 %). La no limitación (0 %) se establece por defecto.

En los cuatro modelos se presenta una barra gráfica de afectación de las actividades correspondientes, con los puntos de corte propuestos, que facilita la comprensión.

En los dos modelos referentes a secuelas dicha barra recoge el porcentaje de afectación dentro de la horquilla, para facilitar la aplicación del artículo 109.

Figura 2. Ejemplo de valoración QOL-días (AEVO)

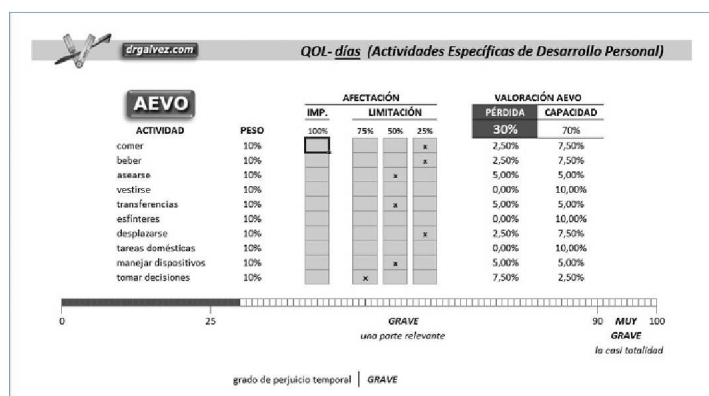


Figura 3. Ejemplo de valoración QOL-días (AEDP)

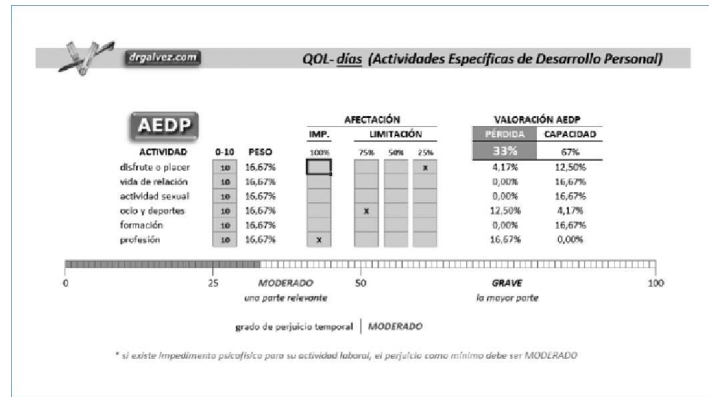


Figura 4. Ejemplo de valoración QOL-secuelas (AEVO)

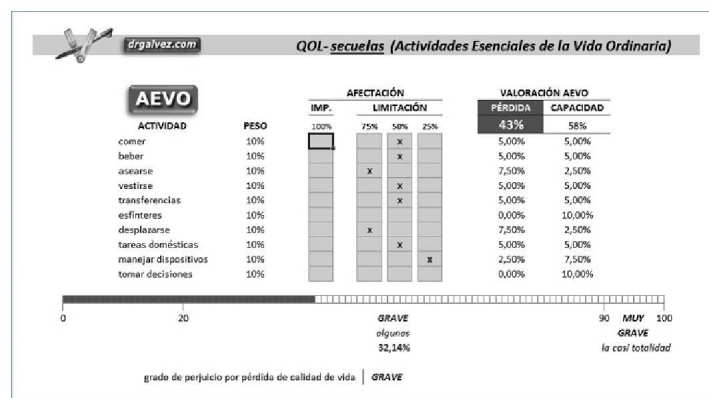
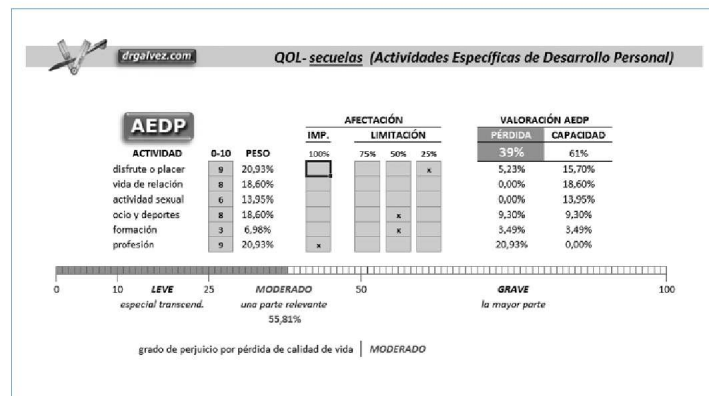


Figura 5. Ejemplo de valoración QOL-secuelas (AEDP)



CONCLUSIONES

Consideramos que, al analizar los objetivos planteados para el desarrollo de la herramienta de valoración de la pérdida de calidad de vida en el nuevo sistema, el documento QOL descrito cumple con las exigencias propuestas al permitir una *valoración ajustada al texto de la Ley 35/2015*, proporcionar una *visión global* de lo que se está valorando y ser *fácil de utilizar*.

Debe insistirse en el *componente subjetivo* de la pérdida de calidad de vida ("percepción del individuo"), que justifica los esfuerzos para individualizar la valoración.

La valoración de la pérdida de calidad de vida lleva consigo una *dificultad de acreditación*, lo cual supone un reto y un esfuerzo significativo a su vez, siendo más fácil acreditar unas actividades (profesión o trabajo) que otras (actividad sexual).

Debe tenerse en cuenta que el *cuestionario de percepción subjetiva de AEDP* relleno por el paciente, que sirve de base para determinar el peso porcentual de cada una de las AEDP, *debe someterse a crítica* para valorar la coherencia del mismo teniendo en cuenta las referencias del paciente y la acreditación de las mismas.

Debe tenerse *cuidado con el peso de la actividad profesional* en las AEDP, ya que si se considerara que debiera ser valorada muy por encima de las demás (50 %, por ejemplo), podría llegarse a la situación incongruente de que una simple baja laboral sin casi repercusión en el resto de actividades tendría que ser valorada como lesión temporal como un perjuicio grave (>50 % AEDP), perjuicio equivalente en los criterios de inclusión a la hospitalización.

El documento QOL permite determinar el *grado de empeoramiento de calidad de vida* de un paciente afecto de un *estado anterior*, al poder aplicarlo a la situación previa y a la situación actual, y establecer la comparativa entre el porcentaje global de afectación de las AEVO y/o AEDP.

Por último, para comprobar que la valoración obtenida es correcta y proporcional a la situación valorada, la clave está en *analizar fielmente los datos introducidos* en el documento para comprobar que se correlacionan con la situación real del paciente y de esta forma *evitar una sobrevaloración o infravaloración* del cuadro a estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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*, n.º 228, pp. 84.473-84.979.
2. Urzúa, A. y Caqueo, A. “Calidad de vida: una revisión teórica del concepto”, *Terapia Psicológica*, vol. 30, 1(2012), pp. 61-71.
3. Fernández, J.A., Fernández M. y Cieza, A. “Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)”, *Rev. Esp. Salud Pública*, 84(2010), pp. 169-184.
4. Esteve, M. y Roca, J. “Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta”, *Med Clin (Barc)*, 108(1997), pp. 458-459.
5. Cobo, J.A. *Metodología para valorar el daño corporal con el Nuevo Baremo de Tráfico*, ed. Wolters Kluwer, 2016.
6. World Health Organization. *Constitution. Basic Document Geneve*. WHO, 1948.
7. Criado, M.T. *El Nuevo Baremo de Tráfico: perspectiva médico-legal*. Ley 35/2015, de 22 de septiembre, ed. Pirineo, 2016.
8. Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. “Functional evaluation: The Barthel Index”, *Md State Med J*, 1965; 71(2), pp. 61-65.

9. Lawton, M.P. y Brody, E.M. "Assessment of older people: self-main-taining, and instrumental activities of daily living", *Gerontologist*, 9(1969), pp. 179-186.
10. *Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (Adult FIM)*, Version 4.0. Buffalo, NY 14214: State University of New York at Buffalo, 1993.
11. 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.

12. **World Health Organization.** *International classification of functioning, disability and health (ICF)*, Geneva, **World Health Organization**, 2001.
13. *Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment schedule.* WHODAS 2.0., **Organización Mundial de la Salud**, 2010.

2. VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA LUMBALGIA SUBAGUDA O CRÓNICA MEDIANTE MEDIDAS SUBJETIVAS Y OBJETIVAS

Ana Martínez González
Isabel Villarreal Salcedo
Eva María Gómez Trullén
Ana Cristina Royo Sánchez
José Javier Marín Zurdo
Javier Moreno Díaz *

INTRODUCCIÓN

El gran impacto sanitario, económico, laboral y social de la lumbalgia ha justificado la realización de múltiples estudios e investigaciones, cuyo número ha aumentado en las últimas décadas. El objetivo principal de estas investigaciones ha sido el llegar a un consenso diagnóstico y terapéutico que permita al paciente mejorar clínica y funcionalmente de una forma precoz. Para ello, se ha recurrido de forma habitual a cuestionarios y escalas de valoración subjetivas, relegando a un segundo plano la valoración objetiva. Por este motivo, y considerando que esta patología debe abordarse desde un punto de vista más amplio, hemos realizado una revisión de las técnicas objetivas y subjetivas más utilizadas habitualmente en la práctica diaria.

ETIOLOGÍA DE LA LUMBALGIA

Los estudios de N.J. Manek *et al.* y Humbría Mediola *et al.* refieren que en aproximadamente un 80-85 % de las lumbalgias no hay una lesión específica que justifique la clínica. Esta limitación diagnóstica va a suponer una cronificación de los síntomas hasta en un 5-10 % de los casos, evolucionando a discapacidad y consumiendo hasta un 75 % de los recursos totales dedicados a la patología lumbar [1, 2].

Muchas de las causas del dolor lumbar se deben a fuerzas que se ejercen sobre la columna lumbar como consecuencia de posturas forzadas, movimientos repetitivos, sedestación o postura estática prolongada. Todo ello, junto con la manipulación de cargas, supone un grave perjuicio para la región lumbar. En el NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) los expertos llegaron a la conclusión de que los principales rangos articulares que favorecían la aparición de lumbalgia son la flexión, flexión con torsión, trabajo físico repetitivo o con vibraciones y trabajo en posturas mantenidas [3].

Según la estructura anatómica que se vea alterada, el paciente va a referir un dolor localizado en la zona lumbar o bien irradiado a extremidades inferiores. Es la International Paris Task Force la que realiza una clasificación descriptiva en la que se agrupa la clínica del paciente en cuatro

grupos (4). Esta clasificación va a permitir una rápida orientación diagnóstica y el posterior planteamiento de un tratamiento específico.

1. Lumbalgias sin irradiación.
2. Lumbalgias con dolor irradiado hasta la rodilla.
3. Lumbalgias con dolor irradiado por debajo de la rodilla, pero sin déficit neurológico.
4. Lumbalgia irradiada a la pierna por un dermatoma preciso con o sin signos neurológicos.

A la hora de estudiar la posible causa del dolor lumbar, Bigos *et al.* recomiendan realizar una detección de enfermedades graves como tumores, infecciones, síndrome de cola de caballo o fracturas. Por ello, aboga por una anamnesis y exploración física detallada teniendo en cuenta una serie de signos y síntomas (*red flags*) que nos harían pensar en la existencia de una patología grave. Estos signos permiten descartar tumoraciones con una especificidad del 70 % y una sensibilidad del 50 % (5).

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL DOLOR LUMBAR

En la valoración de la patología lumbar nos encontramos en ocasiones con una discordancia entre la clínica y las pruebas de imagen. Además, una serie de factores como los psicológicos, sociales o laborales influyen en la cronificación del proceso, aumentan la percepción del dolor y, por tanto, tienen un efecto negativo sobre la evolución del proceso.

La OMS propuso en el 2001 el modelo de discapacidad todavía vigente hasta la fecha, que está representado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la Salud (CIF), basada en un modelo biopsicosocial (6). Esta nueva clasificación aboga por un estudio desde un punto de vista objetivo teniendo en cuenta además los datos subjetivos que manifiesta el paciente. A continuación se van a describir las escalas de valoración subjetivas y técnicas instrumentales más frecuentemente utilizadas en la práctica clínica.

1. Valoración subjetiva

Estas escalas aportan información sobre la intensidad y repercusión del dolor en las actividades de la vida diaria. Se cuantifica el dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA) o Escala de Intensidad del Dolor. El grado de discapacidad se valora mediante cuestionarios específicos, entre los que habitualmente se utiliza el cuestionario de discapacidad de Oswestry, cuestionario de incapacidad de Ronald-Morris, índice de incapacidad de Wadell y Main o Quebec Back Pain Disability Scale. El cuestionario de Oswestry y Ronald-Morris son los más utilizados y recomendados a nivel mundial (7, 8).

1.1. EVA

La Escala Visual Analógica de dolor (EVA) ofrece una mayor sensibilidad que las escalas descriptivas. Consiste en una línea horizontal de 10 cm en la que uno de los extremos se describe como "no dolor" (puntuación 0) y en el otro, "máximo dolor" (puntuación 10). Los pacientes marcan

el lugar de la línea que mejor representa su dolor. Hay que señalar que esta escala muestra un grado de correlación significativo (9).

1.2. Oswestry

El cuestionario Oswestry se difundió ampliamente a partir de 1981 tras la reunión en París de la International Society for The Study of the Lumbar Spine (ISSLS) (10). La escala de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry es un cuestionario autoaplicado, específico para dolor lumbar, que mide las limitaciones en las actividades cotidianas. Consta de 10 preguntas con 6 posibilidades de respuesta cada una. Los resultados se clasifican de la siguiente manera:

- **0-20 % mínima discapacidad.**
- **20-40 % discapacidad moderada.**
- **40-60 % discapacidad severa.**
- **60-80 % muy severa.**
- **>80 % es necesario valorar signos no orgánicos que puedan alterar la percepción del dolor.**

J. Fairbank *et al.* y M. Torenbeek *et al.* recomiendan el uso de este cuestionario en aquellos pacientes que tienen una discapacidad moderada-intensa, siendo una de las escalas más utilizadas en los centros de rehabilitación europeos (11, 12).

Wittink *et al.* comparan la fiabilidad y sensibilidad del cuestionario Oswestry frente a las escalas SF-36 y Multidimensional Pain Inventory en un grupo de pacientes con dolor lumbar. Concluyeron que tiene valor predictivo de cronificación del dolor, duración de la baja laboral y del resultado de tratamientos conservadores o quirúrgicos (13).

Existen diferentes opiniones a la hora de considerar una variación en los resultados del cuestionario como una mejoría clínica. En los estudios de sensibilidad a los cambios encontrados en la bibliografía, estiman desde 4 hasta 16 puntos la mínima diferencia clínicamente relevante sin encontrar punto de acuerdo entre los diferentes autores.

1.3. Roland-Morris

Adaptado a la población española por Kovacs *et al.* (14), el cuestionario o escala de Roland-Morris (RDQ) evalúa la discapacidad física y psicológica debida al dolor lumbar o el impacto de este dolor en la vida de los pacientes desde un punto de vista subjetivo. El RDQ es un instrumento autoadministrado de 24 ítems, con dos opciones de respuesta (sí/no). Los resultados oscilan entre 0, ausencia de discapacidad por lumbalgia, y 24, máxima discapacidad posible (15). Una discapacidad por debajo de 4 puntos es muy leve. Una variación en la puntuación solo tiene relevancia clínica si es de 2 o más puntos, aunque la variación óptima está entre 3 y 4. Kovacs recomienda su uso especialmente en atención primaria en aquellos pacientes que tienen una menor limitación funcional (16).

1.4. Índice de discapacidad de Waddell y Main

En la valoración de la patología lumbar nos encontramos en ocasiones con una discordancia entre la clínica y las pruebas de imagen. En estas situaciones, hay que tener en cuenta la existencia de

signos no orgánicos como puede ser la presencia de una conducta inapropiada frente a la enfermedad y su relación con la actividad funcional. En estos casos, existe la necesidad de una investigación más profunda del paciente mediante el índice de discapacidad de Waddell y Main (17). Consta de nueve ítems, en los que se valora si el paciente ha reducido las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o si precisa ayuda para realizarlas.

1.5. Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS)

La QBPDS es un cuestionario autoadministrable desarrollado por Kopec en 1995 y está compuesto por veinte ítems, que tienen el objetivo de medir el grado de discapacidad que provoca el dolor lumbar en la realización de ABVD. La puntuación de los ítems va de 0 a 5 y la puntuación máxima es de 100. Esta escala puede ser utilizada como una forma de medir resultados tras un tratamiento o control de la evolución clínica. Se considera que la variación mínima de mejoría es de 15 puntos (18).

2. Valoración objetiva

Dada la complejidad diagnóstica y terapéutica, es fundamental el uso de medidas objetivas que permitan analizar cómo el dolor lumbar repercute en las actividades del paciente.

Proponemos una clasificación en la que se valore el balance articular, la fuerza muscular y la activación muscular.

2.1. Técnicas de valoración del balance articular

La medición del balance articular va a ser un marcador objetivo del nivel de mejora en el paciente con dolor lumbar. Además, la medición del rango de movilidad lumbar es un importante indicador del progreso y eficacia de un tratamiento. Hay diferentes técnicas para medir la movilidad del raquis, pero no hay evidencia clara para recomendar un método frente a otro (19). Los instrumentos de medida que habitualmente se están utilizando en los últimos años son los siguientes.

1. Inclinómetros

Los inclinómetros son aparatos de medida que proporcionan el ángulo de inclinación de la columna lumbar con respecto a la vertical (20). Para la valoración del rango de movilidad lumbar se recomienda el doble inclinómetro. En los últimos años se han utilizado inclinómetros electrónicos que aportan información tanto estática como dinámica de la columna.

2. Goniómetros/electrogoniómetros

Son instrumentos de medición de ángulos entre dos segmentos. Su sencillez a la hora de manejarlos ha permitido su utilización en estudios clínicos y en la práctica diaria, sin embargo, la utilización de goniómetros manuales en la valoración de rangos articulares en columna lumbar es poco frecuente por la dificultad para la alineación de las dos ramas del goniómetro a la hora de valorar la flexión y extensión, por lo que suele utilizarse la estimación visual o los inclinómetros.

A pesar de su sencillez, están siendo sustituidos por las técnicas de fotogrametría, que aportan una información mucho más amplia (20).

3. Fotogrametría

Esta técnica permite la obtención de varias imágenes simultáneas del paciente desde diferentes ángulos. El uso de la fotogrametría está muy extendido en la valoración global de movimientos combinados de diferentes articulaciones. Peydro de Moya *et al.* aboga por el uso de esta técnica a la hora de estudiar la posición espacial de los diferentes segmentos anatómicos en cada momento del movimiento [6, 20]. A partir de estos datos se van a obtener velocidades, aceleraciones lineales y angulares que van a permitir un análisis cinemático completo del proceso [21].

Es una técnica de gran utilidad en la valoración de la capacidad funcional del paciente ya que aporta información sobre la relación entre el grado de dolor y el movimiento realizado [22].

4. *Sistemas electromagnéticos*

Están constituidos por un conjunto de sensores de movimiento portátiles que emiten un campo magnético en movimiento. A través de un software permite la captura y el análisis posterior del movimiento [22]. La información proporcionada por los sensores en combinación con el software de animación 3D permite reproducir el movimiento trasladado a un modelo biomecánico, que nos posibilitará posteriormente un análisis preciso de los movimientos capturados. Se podrá valorar la movilidad máxima, así como la velocidad y aceleración angular del movimiento y la restricción de la misma respecto a la normalidad en cada una de las articulaciones analizadas [22]. A. I. Cuesta-Vargas *et al.* determinan que estas pruebas tienen un rango de validez de 0,657-0,998 y una fiabilidad de 0,84-0,97. Estos datos han favorecido la utilización de los sensores inerciales en la investigación básica y clínica [23, 24].

2.2. Técnicas de valoración del balance muscular

Existe una relación directa entre el dolor lumbar, la debilidad muscular y la pérdida de resistencia. La valoración de la fuerza muscular durante la realización de esfuerzos isométricos, isocinéticos o isotónicos se hará a través de dinamometría y la obtención de variables mecánicas tales como el torque o momento de fuerza, la velocidad de movimiento o el desplazamiento del tronco [17].

Huesa *et al.* consideran la dinamometría como una prueba funcional clínica que hay que tener muy en consideración a la hora de realizar la valoración de esta patología, ya que permite objetivar el déficit y además evaluar la colaboración del paciente [25].

Los sistemas más empleados son:

1. Técnicas isométricas

Los ejercicios isométricos son aquellos en los que el músculo no varía su longitud. Para su desarrollo el paciente tiene que realizar fuerza contra una resistencia mientras está sujeto con un arnés. Para la instrumentalización es necesario el uso de galgas extensiométricas, muelles y dinamómetro. Se puede utilizar en combinación con plataforma de fuerzas o con electromiografía de superficie.

Tiene la ventaja de tener un bajo coste, los datos obtenidos son sencillos de interpretar y son técnicas fácilmente reproducibles. Sin embargo, existe una evidencia incierta entre capacidad muscular isométrica y función dinámica [20].

2. Técnicas isotónicas

Las contracciones isotónicas son aquellas en las que se modifica la longitud muscular, con una resistencia que va a variar a lo largo del rango de movimiento en función de los cambios del brazo de palanca. Las contracciones isotónicas son las más comunes en la mayoría de actividades físicas, deportes y actividades de la vida diaria y se clasifican en:

- **Concéntricas:** aquellas en las que un músculo desarrolla una tensión suficiente para superar una resistencia. Así, el músculo se acorta y vence dicha resistencia. La mayoría de las técnicas isotónicas son valoraciones concéntricas.
- **Excéntricas:** se produce una elongación muscular cuando una resistencia es mayor que la tensión ejercida por un músculo determinado. Así, el músculo desarrolla tensión aumentando su longitud (20).

Habitualmente se utiliza la técnica de valoración isotónica junto con EMG de superficie.

3. Técnicas isocinéticas

En la contracción muscular isocinética la velocidad de contracción es constante, pero la resistencia muscular es variable.

La dinamometría isocinética constituye un modo objetivo de medir la fuerza muscular dinámica realizada tanto en un movimiento analítico sobre un eje articular (isocinéticos en cadena abierta), como un movimiento complejo que implique varias articulaciones (isocinéticos en cadena cerrada). Va a permitir objetivar los déficits de movilidad y de fuerza de los músculos del raquis y cómo su alteración va a repercutir en la función lumbar (26).

Z. Dvir *et al.* concluyen que en el dolor lumbar crónico existe una pérdida del poder extensor de la columna y ha sido, por lo tanto, un parámetro que se ha utilizado para matizar la intensidad de los déficits descritos (26, 27).

Esta técnica es una de las más utilizadas como medida de valoración funcional y de entrenamiento deportivo y su aplicación a la valoración de la patología de raquis ha dado lugar a múltiples estudios de investigación (25, 27).

4. Técnicas isoinerciales

La contracción isoinercial se define como aquella durante la cual la resistencia contra la que el movimiento se realiza (momento de inercia) es constante. Las variables que se analizarán con esta técnica son las derivadas del momento de fuerza (trabajo y potencia) y de la velocidad (aceleración) (28).

Los movimientos realizados durante la actividad laboral o en la vida diaria requieren contracciones dinámicas con unas velocidades de tiempo variables del tronco y de las extremidades, y son las técnicas isoinerciales las que más se aproximan a la evaluación de estos movimientos. Entre las desventajas, encontramos el alto coste y la escasa disponibilidad de las mismas (20).

5. Plataformas dinamométricas

Las plataformas dinamométricas permiten el registro de las fuerzas de reacción ejercidas por un individuo sobre el suelo durante la realización del movimiento analizado y así obtener sus

parámetros cinéticos. Dentro de las técnicas cinéticas, son las que mayor importancia tienen a la hora de realizar la valoración de la lumbalgia, ya que se suelen utilizar en combinación con otras técnicas de captura de movimiento o/y EMG (6).

2.3. Técnicas de valoración de activación muscular: EMGS

La electromiografía de superficie (EMGS) permite medir la actividad muscular mediante electrodos de superficie, colocados en la piel adyacente al área muscular a evaluar, con una banda de frecuencia entre 20 y 500 Hz. A partir del registro electromiográfico se intentan obtener medidas sobre la secuencia de activación muscular, el esfuerzo estático y la fuerza muscular (20). Para Geisser *et al.*, el motivo de utilizar la EMGS en la evaluación del dolor lumbar es la aparente relación entre el dolor lumbar, la contractura y la fatiga. Una teoría posible es que la fatiga secundaria a la inactividad muscular y la inhibición de la activación muscular secundaria al dolor podrían influir directamente en la etiología del dolor (29).

No existen evidencias claras de que algún parámetro electromiográfico utilizado de forma aislada discrimine de manera válida y fiable entre pacientes con dolor lumbar y sujetos asintomáticos, durante tareas de flexión, extensión o rotación del tronco (17).

Sus principales limitaciones son la emisión de señales de baja resolución y presentar una gran susceptibilidad a la introducción de artefactos en la imagen. Además, requiere gran experiencia por parte del profesional que realiza la prueba.

CONCLUSIONES

Para la adecuada valoración del paciente con lumbalgia, es necesario el uso de escalas objetivas y subjetivas. Dentro de las técnicas subjetivas, la escala de discapacidad de Oswestry es el cuestionario más utilizado a nivel hospitalario, mientras que la escala de Roland-Morris es la empleada principalmente en atención primaria. En aquellos casos en los que las manifestaciones clínicas no son concordantes con las pruebas de imagen, el índice de discapacidad de Waddell y Main aporta una orientación diagnóstica.

Es de gran importancia realizar técnicas objetivas que permitan un seguimiento evolutivo de la patología y su tratamiento. Los resultados aportados por las técnicas isocinéticas e isoinerciales valoran la capacidad funcional de la columna lumbar de una forma sencilla y cómoda para el paciente. Las técnicas de EMG utilizadas de forma aislada no permiten diferenciar entre sujetos sanos y afectados. Habitualmente se utilizan varias técnicas para realizar un estudio global del paciente.

Dado que no se ha encontrado un *Gold Standard* dentro de las técnicas de valoración, creemos necesario continuar realizando estudios clínicos de alta calidad sobre la eficacia y validez de las diferentes técnicas de valoración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Humbría Mendiola, A., Peña Sagredo, J.L. y Ortiz, A.M. "Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER". *Rev Esp Reumatol*, 29(2002), pp. 494-498.
2. Manek, N.J. y MacGregor, A.J. "Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis", *Curr Opin Rheumatol*, 17(2005), pp. 134-140.
3. Waters, T.R., Putz-Anderson, V.P., Garg, A. y Fine, L.J. "Revised NIOSH equation for the design and evaluation of manual lifting tasks", *Ergonomics*, 36(1993), pp. 749-776.
4. Abenhaim, L., Rossignol, M., Valat, J.P., Nordin, M., Avouac, B. y Blotman, F. *et al.* "The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain", *Spine*, 25(2000), pp. 1-33.
5. Van Den Hoogen, H.M., Koes, B.W. y Van Eijkj, T.H.M. "On the accuracy of history, physical examination, and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice: a criteria-based review of the literature", *Spine*, 20(1995), pp. 318-327.
6. Peydro, M.F., López, J., Cortés, A., Garrido, J.D. y Tortosa, L. "Análisis cinético y cinemático del gesto de levantarse de una silla en pacientes con lumbalgias", *Rehabilitación*, 45(2011), pp. 99-105.
7. Alcántara-Bumbiedro, S., Flórez-García, M.T., Echávarri-Pérez, C. y García-Pérez, F. "Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry", *Rehabilitación*, 40(2006), pp. 150-158.
8. Roland, M. y Fairbank, J. "The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire", *Spine*, 25(2000), pp. 3.115-3.124.
9. Díez, F., Vidal, J., Baticón, P.M., Montes, A., Bermejo, J.C. y Merino, M. "Agreement between verbal numerical scale and visual analog scale assessments in monitoring acute postoperative pain", *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 58(2011), pp. 279-282.
10. Fairbank, J.C. y Pynsent, P.B. "The Oswestry disability index", *Spine* 10(2000), pp. 765-772.
11. Torenbeek, M., Caulfield, B., Garrett, M. y Van Harten, W. "Current use of outcome measures for stroke and low back pain rehabilitation in five European countries: first results of ACROSS project", *Int J Rehabil Res*, 24(2001), pp. 95-101.
12. Fairbank, J.C. "Oswestry disability index", *J Neurosurg Spine*, 20(2014), pp. 239-241.
13. Wittink, H., Turk, D.C., Carr, D.B., Sukiennik, A. y Rogers, W. "Comparison of the redundancy, reliability, and responsiveness to change among SF-36, Oswestry Disability Index, and Multidimensional Pain Inventory", *Clin J Pain*, 20(2004), pp. 133-142.
14. Kovacs, F.M., Llobera, J., Gil Del Real, M.T., Abreira, V., Gestoso, M. y Fernández, C. "Primaria Group KA. Validation of the spanish version of the Roland-Morris questionnaire", *Spine*, 27(2002); pp. 538-542.

15. Guic, E., Galdames, S. y Rebolledo, P. "Validation and cultural adaptation of the Chilean version of the Roland-Morris Disability Questionnaire", *Rev Med Chil.* 142(2014), pp. 716-722.
16. Kovacs, F.M. "El uso del cuestionario de Roland-Morris en los pacientes con lumbalgia asistidos en atención primaria", *SEMERGEN*, 31(2005), pp. 331-335.
17. Bellas, B., Aguirre, A. y Duque, B. "Dinamometría y electromiografía de superficie simultáneas en la identificación del dolor lumbar inespecífico y su carácter fidedigno", *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS*, 2006/14, Santa Cruz de Tenerife. Servicio Canario de la Salud, 2008 [actualizado en 2008; citado en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/37/MemoriaFinal.pdf>
18. Kopec, J.A., Esdaile, J.M., Abrahamowicz, M., Abenhaim, L., Wood-Dauphinee, S., Lamping, D.L. y Williams, J.I. "The Quebec Back Pain Disability Scale. Measurement properties", *Spine*, 20(1995), pp. 341-352
19. MacDermid, J.C., Arumugam, V., Vincent, J.I. y Carroll, k.L. "The reliability and validity of the computerized double inclinometer in measuring lumbar mobility", *The Open Orthopaedics Journal*, 8(2014), pp. 355-360.
20. Peydro de Moya, M.F., Garrido, D. y López, J. "Valoración instrumental de la movilidad raquídea", en Sánchez, I., Ferrero, A., Aguilar, J.J. *et al.* (eds.). *Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física*, Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana, 2006, pp. 95-97.
21. Peyer, K.E., Morris, M. y Sellers, W.I. "Subject-specific body segment parameter estimation using 3D photogrammetry with multiple cameras", *PeerJ*. 3(2015), e831.
22. Hueso, R. y Marín, J. "Valoración de una herramienta, para el estudio del movimiento, en la valoración del daño corporal". *Trauma Fund MAPFRE*, 22 (2011), pp. 219-225.
23. Cuesta-Vargas, A.I., Galán-Mercant, A. y Williams, J.M. "The use of inertial sensors system for human motion analysis", *Phys Ther Rev*, 15(2010), pp. 462-473.
24. Al-Mulla, M.R., Sepúlveda, F. y Colley, M. "A review of non-invasive techniques to detect and predict localised muscle fatigue", *Sensors*, 11(2011), pp. 3.545-3.594.
25. Huesa, F., García, J. y Vargas, J. "Dinamometría isocinética", *Rehabilitación*, 39 (2005), pp. 288-296.
26. Ridao, N., Sánchez, M.D., Chaler, J. y Müller, B. "Aportación de la dinamometría isocinética de columna lumbar en una mutua laboral", *Trauma Fund MAPFRE*, 2009, pp. 229-233.
27. Dvir, Z. y Keating, J.L. "Trunk extension effort in patients with chronic low back dysfunction", *Spine*, 28(2003), pp. 685-692.
28. Ramos, J.A. y Arsuaga, L. "Revisión de la evaluación isoinercial de columna lumbar", *Rehabilitación*, 39(2005), pp. 297-304.

29. Geisser, M.E., Ranavaya, M., Haig, A.J., Roth, R.S., Zucker, R. y Ambroz, C. *et al.* “A meta-analytic review of surface electromyography among persons with low back pain and normal healthy controls”, *J Pain*, 6(2005), pp. 711-726.
-

* Ana Martínez González, médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Barbastro, Huesca. Isabel Villarreal Salcedo, PhD, médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. Eva María Gómez Trullén, PhD, médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Departamento de Enfermería y Fisiatría, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza. Ana Cristina Royo Sánchez, PhD, ingeniero industrial, profesor titular de Escuela Universitaria, Universidad de Zaragoza. José Javier Marín Zurdo, PhD, ingeniero industrial, profesor titular de Universidad, Universidad de Zaragoza. Javier Moreno Díaz, médico especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Conflicto de intereses. Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.

3. SAVE - SISTEMA DE ANÁLISIS DE VALIDEZ EN LA EVALUACIÓN MÉDICO-PERICIAL

Antonio Domínguez-Muñoz
José Luis de la Fuente Madero
Ana María Gómez Álvarez
Pablo García Ruiz
María José López Pérez
Rafael López Pérez *

INTRODUCCIÓN

La medicina pericial, evaluadora o forense se desarrolla en un ámbito clínico no asistencial que supone incorporar en cada caso elementos de análisis de la validez, entendida como consistencia y valor legal. El acceso a diversos beneficios, principalmente económicos, así lo exige. Su marco bioético natural es el del principio de justicia. En la medicina asistencial opera, no obstante, una presunción de autenticidad que sitúa el acto clínico en unas coordenadas diferentes y de mayor confianza en la relación médico-paciente (1), lo que permite al profesional ser de mayor utilidad al consultante. Predominan aquí los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y autonomía. Sin embargo, y como ya hemos publicado (2), creemos que los cuatro principios bioéticos son plenamente válidos en las dos áreas, dos caras de la actividad clínica con amplias zonas comunes (3, 4).

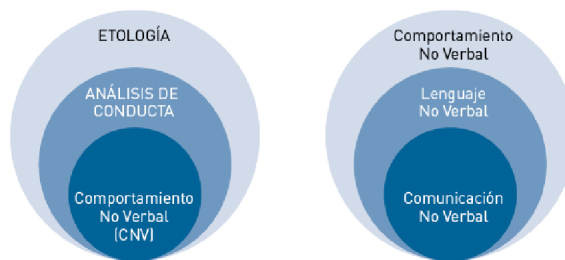
Por otro lado, cabe observar que la práctica diaria de la medicina pericial adolece, en sus distintos entornos, de un discurso científico compartido y estructurado. No disponemos de una terminología común generalmente aceptada ni de un procedimiento para el análisis de validez mínimamente protocolizado. Las comprobaciones de validez son elementos que suelen abordarse —o no— de manera individual por cada profesional implicado y, en general, de forma instintiva y no organizada, quedando a criterio de cada médico perito la atención que presta a este asunto y las conclusiones que obtiene al respecto (5). Sin embargo, la detección activa del engaño y el fraude en el ejercicio de la pericia médica en sus diversos ámbitos, principalmente la valoración del daño corporal (VDC) y de la incapacidad (VMI), nos parece un área de mejora a tener en cuenta de manera prioritaria (6).

PROCESO SAVE (SISTEMA DE ANÁLISIS DE VALIDEZ EN LA EVALUACIÓN)

Basado en la investigación científica interdisciplinar, el SAVE se desarrolla a partir del trabajo presentado en las IX Jornadas de Valoración de Daño Corporal de la Fundación MAPFRE en 2011 (7), profundizando en el estudio del comportamiento no verbal (CNV) y la detección del engaño (8), sobre la experiencia común de los autores en valoración del daño corporal, incapacidad laboral y el ejercicio de la actividad médica pericial. El CNV remite a un aspecto del análisis de conducta

humana, que a su vez forma parte de la etología, la ciencia que estudia todo comportamiento animal.

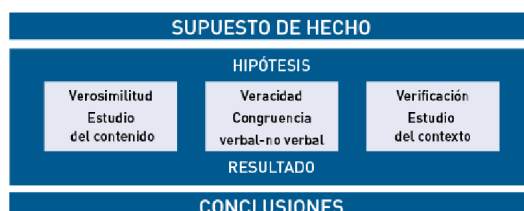
Figura 1. De la comunicación no verbal a la etología



En la valoración pericial, la aplicación del SAVE se inicia por defecto y se activa en presencia de elementos de sospecha de fraude; su punto de partida más frecuente y típico sería la distorsión cínica, aunque habría otros como la preexistencia (10), la falsa atribución, la sospecha de manipulación documental...

Dado que está diseñado para permitir que su aplicación culmine en un informe pericial, se partiría de un supuesto de hecho. Corresponde a una premisa que, de cumplirse, nos lleva a consecuencias jurídicas concretas. Establecido lo anterior, se aplicaría específicamente el análisis de validez para alcanzar unas conclusiones respecto de dicho supuesto, gestionando la carga de la prueba mediante la recogida y estudio de los elementos objetivos y subjetivos. Por ejemplo, si el supuesto de hecho fuese el posible fraude en un caso que pretende una calificación de incapacidad permanente, deberemos motivar razonablemente que dicho fraude exista mediante los resultados del análisis de validez que explicaremos, para confirmar dicho supuesto en las conclusiones.

Figura 2. Esquema básico del proceso SAVE



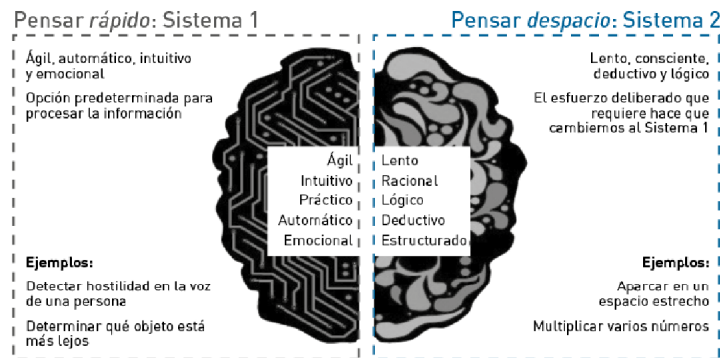
Planteado ya correctamente el caso desde un punto de vista jurídico, el núcleo del análisis de validez parte de una hipótesis, propia de un apartado científico. Proponemos que dicha hipótesis inicial sea siempre la de la autenticidad del caso y de las limitaciones mostradas, de manera que sean las tres fases del SAVE las que puedan llevarnos a unos resultados contrarios. Solo tras descartar la hipótesis de la autenticidad, situación favorable por defecto para el informado, las conclusiones favorecerán el supuesto de hecho del fraude.

Distorsión clínica, el inicio natural

La distorsión clínica corresponde a una impresión subjetiva (12) del médico perito que capta que el caso que estudia presenta una desproporción entre sus elementos objetivos y los subjetivos. Sería pues una percepción de base neurofisiológica más emocional que cognitiva, utilizando el llamado sistema 1 de pensamiento que es mucho más rápido, intuitivo y automático, aunque también está más sujeto a errores por sesgos (13). De ese modo, usaríamos una red sensible

para activar el SAVE, que someterá luego el caso a un triple filtro con el sistema 2 de pensamiento, para obtener un resultado específico y lo más exacto posible.

Figura 3. Sistemas 1 y 2 de pensamiento rápido y lento de Kahneman



Cognitivamente, la distorsión clínica puede definirse en presencia de los dos primeros criterios de simulación (*malingering*) del DSM-5 (14) o, siguiendo a Tearnan (15), que a su vez se basa en Rogers (16), de un estilo de respuesta magnificador, reductor o con características de ambos. Por “estilo de respuesta” entendemos los patrones de comportamiento que presentan las pacientes cuando informan de sus síntomas, físicos o psíquicos. Se consideran cinco tipos básicos: el irrelevante (*irrelevant*), que no permite sacar conclusiones; el sincero (*honest*); el magnificador (*maximizer*); el reductor (*minimizer*); y el combinado de los dos previos (*mixed*). Un ejemplo de este último sería un caso de síndrome de fibromialgia que exagera la limitación por dolor (17), pero resta importancia a su evidente afectación psicoemocional.

Desde el punto de vista médico, la distorsión clínica plantea un diagnóstico diferencial dimensional que proponemos representar como un velocímetro. En primer lugar y a la izquierda estaría el área del error diagnóstico o terapéutico, esto es, los casos en los que la distorsión es debida a que el diagnóstico o la terapéutica empleada no son correctos (18). Un ejemplo sería el de una lumbalgia irradiada al miembro inferior que, tras una exploración adecuada, resulta ser una coxalgia por coxartrosis o el de una supuesta depresión mayor tratada solo con benzodiazepinas durante tres meses de baja laboral.

Figura 4. Diagnóstico diferencial de la distorsión clínica



En el centro, el apartado de los trastornos mentales que cursan con síntomas físicos, principalmente la somatización, que incluye los trastornos conversivos y los trastornos afectivos. En este grupo, que ha cambiado sensiblemente en el DSM-5, la clínica sería principalmente involuntaria. Presentan un sufrimiento observable que, a veces, se acompaña de un estilo magnificador de manera no consciente y en su búsqueda de legitimidad, para convencer. Los trastornos conversivos, ahora en DSM-5, llamados de síntomas neurológicos funcionales, pueden

mostrar un estilo reductor como en la clásica *"belle indifference"*.

En el lado derecho, por último, se encuentra el engaño clínico, cuyo extremo es puramente voluntario y llevado a cabo para conseguir un objetivo material, lo que llamamos fraude por simulación y corresponde al término *"malingering"*. Esta área incorporaría, en primer lugar, y más cerca de la vertical, aquellos casos en los que la exageración —estilo magnificador— ya no pretende convencer sino engañar conscientemente. También incluye, desplazándonos hacia la derecha, los trastornos facticios, engaño atribuido a una necesidad intrapsíquica que estaría, al menos parcialmente, fuera del control consciente.

Fases SAVE: verosimilitud, veracidad y verificación

Estas tres fases están diseñadas para ser aplicadas desde el inicio de la consulta y con la profundidad que sea precisa en función de los hallazgos y del grado de sospecha o distorsión. Debemos ser flexibles para ir adaptándonos, ya que no sería la primera vez que un caso que aparece de lo más inocente acaba siendo un fraude evidente, tras recoger y analizar indicios que habíamos pasado por alto o que surgen durante el desarrollo de la entrevista.

Además de las tres fases SAVE, que podemos nombrar con sus iniciales en "V" (verosimilitud, veracidad y verificación), revisaremos el perfilado indirecto de la personalidad, técnica tomada una vez más de la criminología (19) que nos permite añadir una cuarta "V" (valoración) y que consideramos de la mayor utilidad en las entrevistas clínicas SAVE.

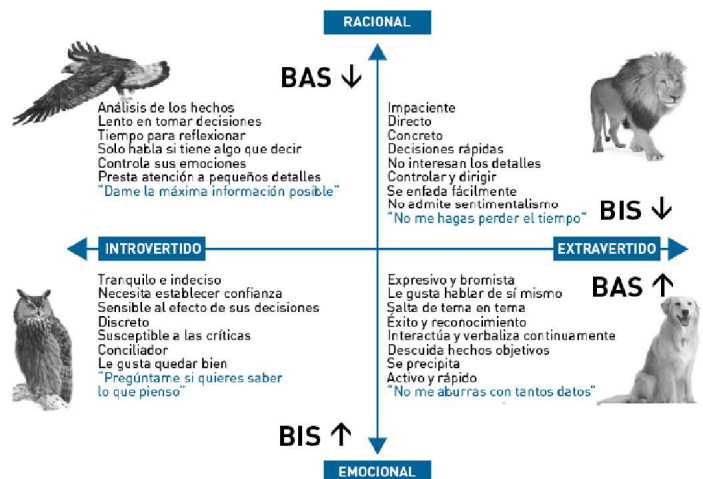
Se trata de un procedimiento utilizado y depurado en las unidades de análisis de conducta de nuestras fuerzas y cuerpos de seguridad (20), así como por autores internacionales (21). Parte de una premisa básica: observando la conducta de una persona podemos inferir rasgos de su personalidad, sin necesidad de que responda una herramienta psicométrica diseñada a ese efecto (evaluación clásica o directa). Evidentemente, no es una técnica exenta de limitaciones y una sería el error fundamental de atribución, sesgo atribuible al sistema 1, que nos lleva a considerar estructural lo que es debido a la situación coyuntural en la que se encuentra una persona. Sin embargo, con una adecuada formación, es un método tremendamente útil para toda actividad que se lleve a cabo con personas, incluida la pericial.

Permite adaptar nuestra actuación al tipo de personalidad del caso y adecuar nuestras intervenciones para conseguir una mayor eficacia. Proponemos usar un modelo sencillo como el PEN de Eysenck (22) que contempla tres rasgos, dos de los cuales son relativamente simples de inferir: la dimensión introversión-extroversión y la de estabilidad emocional (neuroticismo). El tercer rasgo (psicoticismo o dureza emocional) hace referencia a dos subrasgos: la capacidad de empatizar con los demás y el autocontrol que, cuando están claramente presentes, corresponden a una expresión baja de psicoticismo.

Cada uno de los cuatro tipos de personalidad que aparecen al combinar los dos primeros rasgos los podemos representar con animales para simplificar el proceso de perfilado indirecto. De ese modo, usando el PEN completo serían ocho animales, cada uno con sus características de personalidad, que pueden relacionarse a su vez con el modelo de Gray para una mejor predicción conductual. Incluye dos sistemas: el primero es el "sistema de aproximación conductual" (*Behavioral Activation System —BAS—*), que responde a las señales apetitivas condicionadas (recompensa o evitación de castigo), activando conductas de aproximación; se ha relacionado con afectos o estados de ánimo positivos y en exceso está implicado en la impulsividad;

y el segundo es el “sistema de inhibición conductual” (*Behavioral Inhibition System –BIS–*), que reacciona ante los estímulos aversivos condicionados, a señales de castigo, de no recompensa o a estímulos nuevos, mediante la supresión o inhibición de la conducta. Se relaciona con afectos o ánimo negativos y con la ansiedad (18).

Figura 5. Subtipos principales de personalidad en PEN, psicoticismo negativo



Verosimilitud (V1)

Se refiere a algo que tiene apariencia de verdadero, con posibilidad de ser creído y con “ausencia de incredulidad subjetiva”. Corresponde a este apartado todo lo relativo al análisis del contenido del mensaje verbal. Puede ser mediante un sistema criterial, estructural o lingüístico, o simplemente mediante el estudio del patrón comunicativo.

Ejemplos del tipo criterial serían el análisis de la validez de la declaración con su análisis de contenido basado en criterios o CBCA, por sus siglas en inglés, y su listado de validez (23) o el control de realidad (24) (*Reality Monitoring*) y sus métodos derivados (25).

Figura 6. Características de los estilos comunicativos falaz y veraz



En el estructural destaca la propuesta de equilibrio o protagonismo del relato principal tras separar la declaración en planteamiento, nudo y desenlace (26) en los relatos veraces. El lingüístico incorporaría técnicas específicas como las de Pennebaker (27) u otras.

En aplicación del principio rector del SAVE, este apartado puede ser tan exhaustivo como sea necesario —combinando varias de las técnicas referidas, por ejemplo—, pero también tan simple como para usarlo en la entrevista clínica, en directo y con un tiempo limitado.

En este apartado es fundamental recoger adecuadamente un relato lo más amplio y “limpio” posible, evitando sugerir o contaminar la declaración. La actitud en este punto es la indagación humilde (*humble inquiry*) (28) que resulta ideal por la asimetría de información a favor del entrevistado o de los especialistas, que no es la que usamos habitualmente en estas situaciones en las que decimos mucho más de lo conveniente. Así, lo ideal es favorecer que el paciente pueda expresarse haciendo una pregunta abierta del tipo: “¿qué le ha ocurrido?” o incluso “cuénteme, por favor”. Debemos evitar interrumpirle, dentro de lo posible ya que, cuanto más diga, más información útil podremos obtener para decidir si estamos o no ante un estilo de respuesta sincero y seguir aplicando la metodología del SAVE solo cuando sea preciso.

Figura 7. Los 19 criterios del CBCA que, junto al listado de validez, conforman el Statement Validity Analysis (SVA)

Análisis de contenido basado en criterios - Criteriy based content analysis (CBCA)	
I. Características generales 1. Estructura lógica 2. Elaboración desestructurada 3. Cantidad de detalles	II. Contenidos específicos 4. Engranaje contextual 5. Descripción de las interacciones 6. Reproducción de la conversación 7. Complicaciones inesperadas durante el incidente
III. Peculiaridades del contenido 8. Detalles inusuales 9. Detalles superfluos 10. Incomprensión de detalles relatados con precisión 11. Asociaciones externas relacionadas 12. Relatos del estado mental subjetivo 13. Atribución del estado mental del agresor	IV. Contenidos referentes a la motivación 14. Correcciones espontáneas 15. Admitir falta de memoria 16. Plantear dudas sobre el propio testimonio 17. Autodesaprobación 18. Perdón al autor del delito
V. Elementos específicos de la ofensa	19. Detalles característicos de la ofensa

Es también aquí donde procede analizar el contenido de la documentación aportada, a veces lo más interesante del caso, en sus diversos formatos: partes, informes, notas clínicas, recetas de prescripción, a máquina, a mano, con apartados a máquina y otros a mano..., para seguir avanzando en la búsqueda de resultados, siempre todavía provisionales.

Veracidad (V2)

Corresponde a la congruencia armónica (presencia con adecuada sincronía, intensidad y correspondencia) entre el contenido verbal, ya estudiado, y el comportamiento no verbal que lo acompaña. Es la condición de aquella declaración que corresponde a lo que piensa quien la emite y está vinculada estrechamente con conceptos como la buena fe, la honestidad y la sinceridad. Una consideración favorable en este apartado es propia de los estilos de respuesta sinceros. Incluye el análisis de cada uno de los principales canales expresivos no verbales junto al verbal (V1). Estos serían la expresión facial, los gestos, las posturas, el paralenguaje, la proxemia, la háptica, la apariencia y la oculésica (29). Se recogen indicios (datos) en cada uno de ellos y de la interacción entre elementos verbales y no verbales puestos en contexto. Su análisis vendrá determinado por la búsqueda de cambios en el comportamiento habitual o línea base del individuo. Nuestros principales autores internacionales de referencia son Paul Ekman (30) en el ámbito académico y Joe Navarro (31) y Jack Schafer (32) en el aplicado, ambos ex agentes del FBI con

amplia experiencia en el análisis de conducta.

Por ejemplo, en cuanto a la expresión facial (EF) y siguiendo a Ekman (30), una declaración (verbal) acerca de la propia situación emocional en un caso de depresión severa que genera una limitación significativa debe acompañarse de una expresión facial que incluya actividad muscular en la frente y, en concreto, sería de gran relevancia si aparece la unidad de acción 1 (AU, por sus siglas en inglés) del sistema de codificación facial (FACS) (33), la elevación de la zona interna de las cejas sin que le acompañe su zona externa. Es típica de la emoción de tristeza cuando es genuina, y no es fácil de fingir.

Tabla 1. Indicios de que una expresión emocional es falsa, según Eckman (30)

EMOCIÓN FALSA	INDICIO CONDUCTUAL
Miedo	Ausencia de actividad muscular típica en la frente.
Tristeza	Ausencia de actividad muscular típica en la frente (AU 1-FACS).
Alegría	No hay actividad muscular en orbiculares de párpados.
Entusiasmo, implicación en el discurso	No aumentan los gestos ilustradores o no van sincronizados.
Emociones negativas intensas	Ausencia de cambios respiratorios, de sudoración o de aumento en los gestos manipuladores o pacificadores (31).
Cualquier emoción	Asimetría en la expresión facial (excepto asco y desprecio), asincronía, inicio o final abrupto, larga duración. Microexpresión seguida de máscara típica (sonrisa).

En este mismo canal expresivo y debido a la doble vía de procesamiento de los estímulos, una larga vía, la corteza, y otra corta que reacciona desde la amígdala, aparecen las llamadas microexpresiones. Son EF de duración inferior a medio segundo, que muestran la emoción generada por un estímulo antes de que se inhiba o sustituya por una “máscara” (habitualmente, la sonrisa social) si no se considera conveniente mostrarla (30). Este análisis puede realizarse de manera fehaciente en los casos en los que se dispone de grabación en vídeo, lo que es excepcional en la medicina pericial. Usaríamos entonces la matriz de análisis de CNV (35) para recoger secuencialmente los datos a analizar, de ellos se extraerían las inferencias, de las que —integrando— surgirían las hipótesis y las propuestas de actuación para confirmar o descartar dichas hipótesis, ya en el tercer apartado del SAVE, la verificación.

Otro elemento de gran interés en este apartado es observar la presencia de una expresión facial de desprecio en nuestro interlocutor (AU 12 o 14, unilateral), ya que esta emoción corresponde a un sentimiento de superioridad y se relaciona con una mayor posibilidad de que traten de engañarnos.

Figura 8. Expresiones faciales mostrando la AU 1 típica de la tristeza genuina (izquierda, óvalo) y una AU L 12 en círculo, propia de la emoción de desprecio

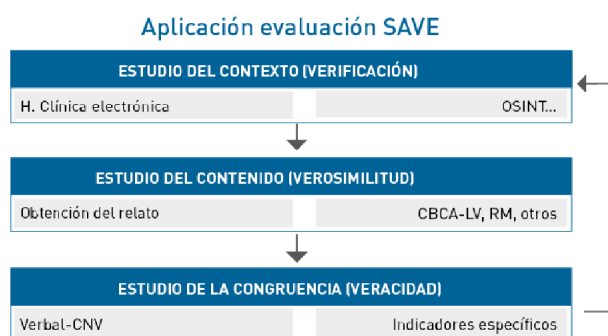


Puede ser de utilidad, dada la tendencia a la sobreactuación, relacionar la conducta del caso en nuestra consulta con su comportamiento en las revisiones asistenciales, que puede estar recogido en la documentación clínica aportada o en la historia clínica electrónica, para lo cual hemos de tener en cuenta su contexto específico (asistencia privada, cobertura de un accidente de tráfico, servicio público de salud, etc.). Un buen ejemplo podría ser el uso de ayudas para la deambulación; si acude con dos muletas o incluso un andador a nuestra consulta, pero consta en la documentación asistencial que dos meses antes usaba solo una muleta y se le indicó que la fuese dejando para aumentar la carga sobre el miembro inferior lesionado, hay que plantearse el motivo de dicha situación, que corresponde claramente a la distorsión clínica.

Verificación (V3)

Verificar es comprobar la autenticidad de algo; en este caso tratamos de añadir datos o hechos observables, mejor si son objetivos, sobre las hipótesis previas, para consolidarlas o descartarlas. Sus posibilidades son muy amplias e incluso es posible aplicar esta fase (V3) como primera actuación del SAVE (acudiendo a la documentación disponible o historia clínica del servicio público de salud, por ejemplo) para obtener referencias previas sobre los asuntos acerca de los que obtendremos una declaración (V1) junto con su CNV asociado (V2). Siempre cabe simplificar la aplicación del SAVE en función de nuestras circunstancias y las del caso.

Figura 9. Ejemplo de aplicación alternativa del proceso SAVE: V3-V1-V2



Existen elementos de verificación estrictamente médicos como una exploración complementaria, más o menos objetiva pero científicamente validada, que hay que interpretar en el contexto clínico correspondiente: EMG/ENG en sospecha de radiculopatía o afectación neurológica, RMN de cráneo, de ángulos pontocerebelosos o pruebas vestibulares en vértigo persistente, proteína C reactiva para actividad inflamatoria, biomecánica en patología del aparato locomotor, ergometría o gammagrafía de esfuerzo en cardiopatía isquémica. Otros son instrumentos expresamente diseñados para documentar el engaño clínico como el SIMS (36), el TOMM (37) o con escalas específicas al respecto como el MMPI-2 (38, 39) de aplicación en V3 ante la sospecha de fraude por simulación, tras V1 y V2, en casos de afectación psíquica o neurológica, por ejemplo en un accidentado con un TCE leve. También puede ser de la mayor utilidad disponer de una prueba de capacidad funcional espontánea, laboral o no, realizada cuando el informado no se sabe observado, lo que suele hacerse usando los servicios de un investigador privado, con resultados muchas veces insustituibles.

Otra posibilidad a tener en cuenta, compatible con todo lo anterior, es el acceso a información usando fuentes abiertas, gratuitas y de acceso libre en Internet, llamada OSINT, por sus siglas en inglés (*Open Source Intelligence*). Es a veces tan simple como acceder al Facebook del caso, aunque

puede resultar mucho más complejo ya que la auténtica inteligencia es el procesamiento y análisis de la información, además de su obtención, lo que requiere conocer bien esta técnica y su aplicación (40).

CONCLUSIONES

El SAVE comprende una metodología basada en conocimientos, habilidades e incluso actitudes obtenidas de diversos campos científicos. Integra un amplio conjunto de herramientas de origen interdisciplinar de utilidad para desarrollar la actividad médico-pericial, que pueden ser aprendidas y aplicadas de manera habitual en la práctica clínica diaria.

El SAVE puede responder a las necesidades de mejora que hemos detectado en el ámbito de la VDC, VMI y otros relacionados en los que la posibilidad de fraude es un elemento clave a tener en cuenta. Se trata de una propuesta concreta y operativa, con terminología adaptada a su uso práctico para asegurar una mejor comunicación, que ya se aplica de manera flexible en consultas de inspección médica, en función de la disponibilidad de medios y tiempo, así como de las necesidades del caso.

Consideramos que su marco teórico es el análisis de conducta en medicina, un campo que justifica seguir profundizando en su conocimiento e investigación para mejorar nuestro desempeño como médicos clínicos, en general, y como peritos médicos, en particular.

Este trabajo pretende favorecer el intercambio de opiniones, esperamos contar con las aportaciones de los compañeros interesados para seguir desarrollando la metodología del análisis de conducta en medicina evaluadora, sobre la que venimos trabajando.

BIBLIOGRAFÍA

1. Echeburúa, E., Muñoz, J.M. y Loinaz, I. “La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2011, 11(1), pp. 141-159.
2. Domínguez Muñoz, A., López Pérez, R., Gordillo-León, F., Perez-Nieto, M.A., Gómez Álvarez, A. y de la Fuente Madero, J.L. “Bases científicas y bioéticas del análisis de validez en medicina evaluadora”, *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2014, 60(236), pp. 527-535. En: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n236/inspeccion2.pdf>
3. Richardson, R.D. y Engel, C.C.Jr. “Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms”, *Neurologist*, 2004, 10(1), pp. 18-30. DOI: 10.1097/01.nrl.0000106921.76055.24
4. O’Sullivan, S. *Todo está en tu cabeza*, 1.ª edición, Barcelona, Ariel, 2016.
5. Domínguez Muñoz, A., Gómez Álvarez, A., de La Fuente Madero, J.L., López Pérez, M.J., García Ruiz, P. y López Pérez, R.M. “Opiniones de los inspectores médicos acerca de la distorsión clínica en la valoración de la incapacidad laboral en España”, *Ars Médica-Revista de Ciencias Médicas*, 2017, 42(1), pp. 13-19, en: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/546/670>

6. Domínguez Muñoz, A., Gómez Álvarez, A., de la Fuente Madero, J.L., López Pérez, R., Gordillo León, F. y Pérez Nieto, M.A. “Deshonestidad, engaño clínico y fraude; un área de mejora potencial en medicina pericial desde la interdisciplinariedad”, comunicación al *III Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social*, Madrid, noviembre de 2015.
7. Domínguez Muñoz, A. “Distorsión en la inspección; análisis básico en una muestra de 100 pacientes en incapacidad temporal”, *IX Jornadas de la Fundación MAPFRE “Aspectos médicos prácticos en Valoración del Daño Corporal: Nexos de causalidad y simulación”*, Madrid, 15 y 16 de noviembre de 2011.
8. Domínguez Muñoz, A. “Utilidad del análisis del CNV en medicina pericial”, en López, R.M., Gordillo, F. y Grau, M. *Comportamiento no verbal: más allá de la comunicación y el lenguaje*, 1.ª edición, Madrid, Pirámide, 2016, pp. 239-244.
9. Soler Cruz, M. “Adaptación del comportamiento: comprendiendo al animal humano”, 1.ª edición, Madrid, editorial Síntesis, 2009.
10. Domínguez Muñoz, A. “Análisis de casos de preexistencia en incapacidad temporal por contingencia común y propuestas de mejora”, comunicación al *XVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)*, celebrado en Madrid del 22 al 24 de octubre de 2009.
11. Domínguez Muñoz, A. “La simulación como fraude a la seguridad social: reflexiones sobre estudios previos”, comunicación oral al *X Congreso Español de Criminología*, celebrado en Granada del 7 al 9 de mayo de 2014.
12. Domínguez Muñoz, A., López Pérez, R., Gordillo León, F., Pérez-Nieto, M.A., Gómez Álvarez, A. y de la Fuente Madero, J.L. “Distorsión clínica y simulación en la incapacidad temporal; un estudio preliminar”, *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13(2013), pp. 29-45, en: <http://masterforense.com/pdf/2013/2013art2.pdf>
13. Kahneman, D. *Pensar rápido, pensar despacio*, 1.ª edición, Barcelona, Editorial Debate, 2012.
14. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed.), 1.ª edición, Washington, D.C., APA, 2013.
15. Tearnan, B.H. “Detection of deception and malingering”, *The Pain Practitioner*, 2003, 13(1), pp. 8-14.
16. Rogers, R. “Clinical assessment of malingering and deception”, 3.ª ed., New York: The Guilford Press, 2008.
17. Vicente Pardo, J.M. “Impacto del dolor en la incapacidad laboral: metodología de valoración. Grados funcionales de limitación”, *Med. segur. trab.* [Internet], marzo de 2014 [citado el 18 de agosto de 2017] 60(234), pp. 133-142, en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000100011&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000100011>

18. Colchero-Calderón, M.C. y del Yerro-Páez, V.M. “¿Qué esconde un síntoma o signo raro en un paciente en proceso de incapacidad laboral?”, *Semergen*, 36 (2010), pp. 604-607 - DOI: 10.1016/j.semerg.2010.06.005
19. Jiménez Serrano, J. *Manual práctico del perfil criminológico (Criminal Profiling)*, 2.^a edición, Madrid, Lex Nova, 2012.
20. Halty, L., González, J.L. y Sotoca, A. “Modelo ENCUIST: aplicación al perfilado criminal”, *Anuario de Psicología Jurídica*, 2017, 27(1), pp. 21-31.
21. Navarro, J. y Sciarra Poynter, T. *Dangerous Personalities: An FBI Profiler Shows You How to Identify and Protect Yourself from Harmful People*, 1.^a edición, New York, Rodale Press, Inc., 2014.
22. Eysenck, H. *Fundamentos biológicos de la personalidad*, 1.^a edición, Fontanella, Barcelona, 1967.
23. Köhnken, G., Manzanero, A.L. y Scott, M.T. “Análisis de la validez de las declaraciones: mitos y limitaciones”, *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(2015), pp. 13-19.
24. Llor Estéban, B., Ruiz Hernández, J.A. y Valverde Soto, M.J. “Valoración de la credibilidad del testimonio: aplicación del modelo reality monitoring”, *Revista Internacional de Psicología*, 2013, 12 (2), pp. 1-30.
25. Boskovic, I., Bogaard, G., Merckelbach, H., Vrij, A. y Hope, L. “The Verifiability Approach to Detection of Malingered Physical Symptoms”, *Psychology, Crime & Law*, 2017 (en prensa), en: <http://dx.doi.org/10.1080/1068316X.2017.1302585>
26. Adams, S.H. “Statement analysis: What do suspects’ words really reveal?”, *FBI Law Enforcement Bulletin*, 1996, pp. 12-20.
27. Pennebaker, J.W. *The Secret Life of Pronouns: What Our Words Say About Us*, 1.^a edición, New York, Bloomsbury USA, 2011.
28. Schein, E.H. *Humble Inquiry: The gentle art of asking instead of telling*, 1.^a edición, San Francisco, Berrett-Koehler Publishers, Inc., 2013.
29. López, R.M., Gordillo, F. y Grau, M. *Comportamiento no verbal: más allá de la comunicación y el lenguaje*, 1.^a edición, Madrid, Pirámide, 2016.
30. Ekman, P. “Cómo detectar mentiras: una guía para utilizar en el trabajo, la política y la pareja”, Madrid, Editorial Paidós, 2005.
31. Navarro, J. *What everybody is saying: an ex-FBI agent’s guide to speed-reading people*, 1.^a edición, New York, Harper-Collins, 2008.
32. Schafer, J.R. *The like switch*, New York, Simon & Schuster, 2015.
33. Ekman, P., Friesen, W.V. y Hager, J. *Facial Action Coding System (FACS): A technique for the measurement of facial movement*, Salt Lake City:, Research Nexus, 2002.
34. LeDoux, J.E. “Emotion circuits in the brain”, *Annu Rev Neurosci*, 2000, 23(1), pp. 155-184.
35. López, R., Torres, M. y Soto, J.E. “Nonverbal Behavior Analysis Matrix, una herramienta de análisis de conducta en seguridad”, *Segurilatam*, 2(2016), pp. 100-101.

36. Santamaría Fernández, P. *Utilidad diagnóstica del inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS) en población española*, Madrid, tesis doctoral, Universidad Complutense, 2014.
37. Delain, S.L., Stafford, K.P. y Ben-Porath, Y.S. "Use of the TOMM in a Criminal Court Forensic Assessment Setting", *Assessment*, 2003, 10(4), 370-381.
38. Lees-Haley, P.R., English, L.T. y Glenn, W.J. "A fake bad scale on the MMPI-2 for personal injury claimants", *Psychological reports*, 1991, 68(1), pp. 203-210.
39. Rothke, S.E., Friedman, A.F., Jaffe, A.M., Greene, R.L., Wetter, M.W., Cole, P. y Baker, K. "Normative data for the F (p) scale of the MMPI-2: implications for clinical and forensic assessment of malingering", *Psychological Assessment*, 2000, 12(3), pp. 335-340.
40. Martín Martín, J.R. "Monografía: Cómo explotar OSINT eficazmente", Madrid, ESFAS, 2010, en: http://www.defensa.gob.es/ceseden/Galerias/esfas/destacados/en_portada/COMOx20EXPLOTARx20OSINTx20EFICAZMENTE.pdf

* Antonio Domínguez-Muñoz, inspector médico evaluador del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Dirección Provincial de Málaga y Fundación Universitaria Behavior & Law, Madrid. José Luis de la Fuente Madero, inspector médico evaluador del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Dirección Provincial de Málaga. Ana María Gómez Álvarez, inspectora médica evaluadora del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Dirección Provincial de Málaga. Pablo García Ruiz, inspector médico evaluador del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Dirección Provincial de Granada. María José López Pérez, Fundación Universitaria Behavior & Law, Madrid y directora del Centro Médico Valdebernardo de Madrid. Rafael López Pérez, Fundación Universitaria Behavior & Law, Madrid.

4. UNA LECCIÓN PÓSTUMA: APROXIMACIÓN AL INFORME MÉDICO CONCLUYENTE

Dr. Javier Gorriz Quevedo *



El Dr. José Manuel Casamitjana Ferrándiz (Barcelona, 1949-2017) se licenció en Medicina y Cirugía en la Universidad Autónoma de Barcelona tras realizar la especialidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Desarrolló su labor de forma preferente en el Hospital Universitario de la Vall d'Hebron en donde durante los últimos quince años dirigió la sección de Patología Raquis Cervical.

Era considerado, tanto por sus colegas españoles como por la comunidad científica internacional, uno de los máximos expertos mundiales en patología del raquis cervical, ostentando la condición de presidente europeo de la Cervical Spine Research Society (CSRS).

A sus cualidades profesionales se unía una extraordinaria bonhomía, compañero siempre abierto a resolver las dudas de sus colegas y absolutamente empático y dedicado a sus pacientes.

Hace unos años tuve ocasión (con motivo de la preparación de una ponencia para unas jornadas de Mapfre precisamente) de hablar con él largo y tendido sobre esta problemática.

La primera consideración que me hizo (en un tono un tanto amable pero mordaz) fue:

“...Cuántos vivís de la patología cervical y qué poco os interesáis por la misma (...), pues a las reuniones de la Cervical Spine Research Society solo acudimos un compañero de Madrid y yo...”.

Su máxima reivindicación era la *escasísima relevancia* que se le da a la patología cervical postraumática en los servicios de Urgencias.

Para él, era de capital importancia, ante un traumatismo cervical, además de la profusa anamnesis en la que se valorasen todos los aspectos etiológicos y circunstancias del accidente y antecedentes patológicos del lesionado, *una completa exploración clínica* del mismo que exigía entre 20-25 minutos, debiendo complementarse con la *realización de un estudio radiológico* en el que no solo se apreciase el frente-perfil de columna cervical con especial cuidado en que se incluyera la C7, sino que además en la medida de lo posible se completase ese estudio con unas *radiografías funcionales* (hiperflexión-hiperextensión) para poder descartar *ad initio* la existencia de una inestabilidad cervical.

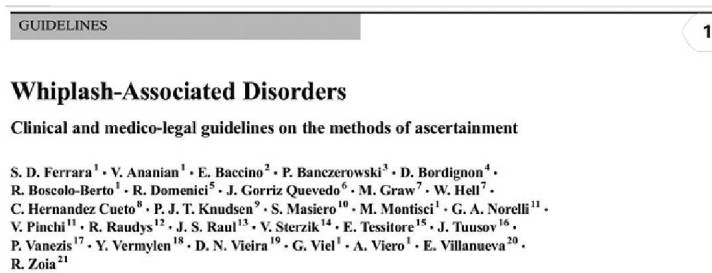
Una vez establecida una orientación diagnóstica e implementadas las medidas terapéuticas que la misma aconsejase, era preceptiva una *segunda visita a los 15 días aproximadamente* con el mismo rigor de la primera exploración para poder determinar, tras esa fase aguda, el posible alcance de la lesión, la existencia de patología más compleja o no, y por lo tanto la adecuada

orientación terapéutica.

Se ofreció de forma absolutamente desinteresada a darnos una *lección sobre lo que debía ser esa exploración física y objetiva del paciente*.

Desgraciadamente quedó pendiente, en mayo de 2017 un accidente se nos llevó esa posibilidad.

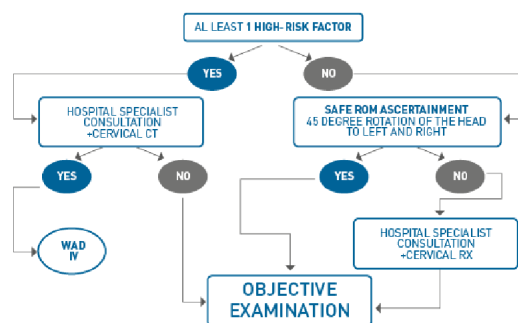
En el año 2014 la Academia Internacional de Medicina Legal (IAML), a instancias de su presidente el Dr. Santos Davide Ferrara, de la Universidad de Padova, creó un grupo de trabajo compuesto por 28 expertos europeos para la publicación de las guías clínicas o Protocolo para Valoración de las Secuelas del Latigazo Cervical.



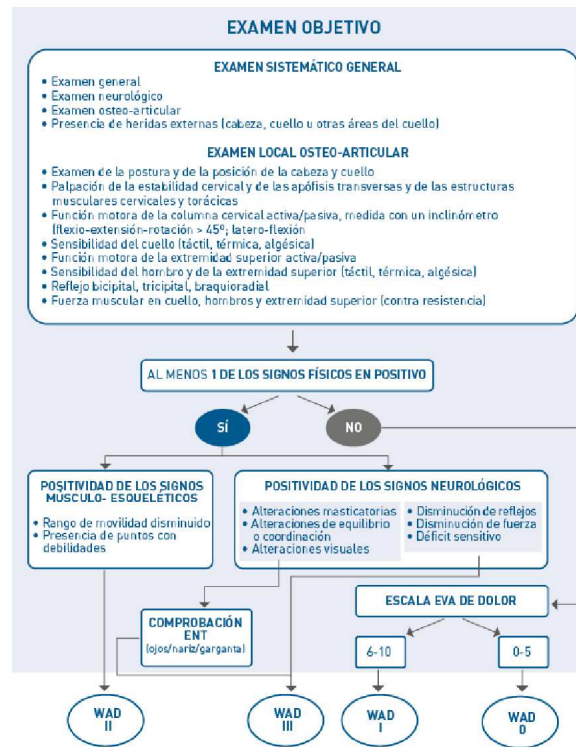
El interés de desarrollar estas guías clínicas y médico-legales se fundamenta en el que la problemática de la valoración de la patología cervical postraumática, lo que aquí denominamos Sdr. del Latigazo Cervical, es un *problema universal*, no es exclusivo de España o de los países latinos, sino al contrario, en dicho trabajo quedaba patente que nos encontramos en un término medio, como otros trabajos bibliográficos que concordaban con este.

En ningún caso se planteó el grupo de expertos establecer los tiempos medios de curación o la valoración de las posibles secuelas ni en puntos ni en porcentaje, concedores de la diversidad legislativa, la diferencia en cuanto a los medios asistenciales de cada país y sobre todo las realidades socioeconómicas singulares de cada uno de ellos. Lo que se elaboró fueron unas guías clínicas y médico-legales de metodología para la valoración.

La condición fundamental a la hora de realizar un dictamen de valoración del daño corporal es el imprescindible *preceptivo examen objetivo*:



¿EN QUÉ CONSISTE DICHO EXAMEN OBJETIVO?



Para la ALLM, la metodología sería:

1. *Examen sistemático general* con especial énfasis en la exploración neurológica, osteoarticular y la presencia de lesiones externas en cabeza cuello y otras áreas del cuerpo.

2. Posteriormente, el *examen osteoarticular local*, con la siguiente sistemática:

1. *Inspección de la postura y posición de cabeza y cuello.*
2. *Palpación de los puntos dolorosos a nivel de apófisis espinosas, apófisis transversas y estructura y musculatura torácica y cervical.*
3. *Función motora activa y pasiva de la columna cervical (recomendándose la utilización de inclinómetros).*
4. *Sensibilidad cervical (táctil, térmica y dolorosa).*
5. *Movilidad activa y pasiva de la extremidad superior.*
6. *Sensibilidad de hombro y extremidad superior (táctil, térmica y dolorosa).*
7. *Valoración de los reflejos, bíceps (C5), tríceps (C6) y braquiorradial (C7).*
8. *Fuerza muscular en cuello, hombro y extremidad superior (movimiento contra resistencia).*

La ausencia/presencia de hallazgos en dicha exploración junto con la valoración del dolor según la escala VAS (EVA) nos permitirá catalogar el proceso en:

- WAD 0
- WAD I
- WAD II
- WAD III
- WAD IV

La Ley 35/2015 en su artículo 135 relativo a la “indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral” establece:

- “...Los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación de lesionados sobre la existencia de dolor y que no sean 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:
 - exclusión,
 - cronológico,
 - topográfico,
 - de intensidad”.

En el apartado 2, se indica:

- “...La secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza solo si un *informe médico concluyente* acredita su existencia tras el periodo de **lesión temporal**”.

La ambigüedad o falta de concreción de lo que podemos entender como *informe médico concluyente* ha generado no poca incertidumbre entre los médicos de VDC y los mediadores en los accidentes de tráfico.

En opinión de la presidenta de la Audiencia Provincial de Ciudad Real en un reciente trabajo señalaba:

“La exigencia expresa de que el informe médico sea concluyente para acreditar la existencia de la secuela es una llamada de atención, dirigida tanto a su autor como a quien está llamado a valorarlo, sobre la necesidad de observar una especial cautela a la hora de examinar la concurrencia de los criterios de causalidad que el precepto recoge cuando nos encontremos ante una lesión de las características que en el mismo se describen y que son causadas por un traumatismo menor, ante la dificultad de su verificación mediante pruebas objetivas y la facilidad a las que se prestan para la simulación o el engaño. No obstante, como puntualiza Astray Chacón, esta expresa previsión legal es ‘un recurso más estético que eficaz’ por cuanto resulta evidente los tribunales siempre declararán la existencia de secuelas en base a informes solventes y razonados y no a meras hipótesis o afirmaciones arbitrarias”.

Es decir, no vale la *mera especulación* respecto de la secuela de dolor manifestada sino la *conclusión* (concluyente) de que dicha manifestación algíca se corresponde con una *exploración completa y objetiva* que ha permitido discriminar la existencia o coexistencia de lesiones o patologías que justifican ese dolor.

Otro punto relevante de ese mismo autor enfatizaba con la especial cautela con la que se debe abordar estos procesos, manifestando:

“Será concluyente aquel informe que sostenga sin ambages: 1) que no existe otra causa que justifique total o parcialmente la patología; 2) que la sintomatología apareció en un tiempo médicamente explicable; 3) que existe una relación entre la zona corporal afectada por el accidente y la lesión sufrida; 4) que existe adecuación proporcional entre la intensidad del traumatismo y la lesión; y 5) que las manifestaciones sintomatológicas del lesionado resultan fiables o creíbles, lo que tiene especial trascendencia en este tipo de traumatismo de difícil, cuando no imposible, objetivación. En definitiva, que afirme sin equívocos que la lesión es consecuencia del hecho traumático. En este sentido, repárese que el modelo de informe médico que figura en el anexo II del R.D. 1148/2015, de 18 de diciembre, al que antes nos hemos referido, debe recoger como contenido del mismo las consideraciones médico-legales sobre la existencia de criterios de causalidad entre las lesiones sufridas y el accidente, especialmente en los casos de traumatismos menores de la columna vertebral”.

Es decir, que es un recurso más “estético que eficaz”, pues los tribunales declararán la existencia de secuela por los informes *solventes y razonados* y no por meras hipótesis o afirmaciones arbitrarias.

Desde esta perspectiva y con los antecedentes recogidos, entendemos que sería aceptable para la *uniformidad* de esos informes médicos concluyentes la *aceptación de la sistemática o metodología*

propuesta por IAML al respecto del examen objetivo avalada por un trabajo científico publicado e indexado en la bibliografía científica.

Lamentablemente, ya no tendremos la oportunidad de recibir la *lección* del Dr. Casamitjana Ferrándiz, nosotros nos lo perdemos. Tampoco podemos aspirar a que los centros asistenciales asuman, con el rigor que él profesaba, la necesidad de una profunda y exigente exploración.

De la misma forma que él lo hacía, entendemos las dificultades que para esos médicos asistenciales ofrece la patología cervical: la presión asistencial, la falta en ocasiones de recursos, lo poco incentivante de la gran casuística y la posibilidad de que en ocasiones esa primera asistencia recaiga en profesionales polivalentes no duchos en la traumatología.

Pero como médicos valoradores, debemos *exigirnos a nosotros* (que no tenemos esa problemática) *un mayor rigor* en la valoración de las pruebas y examen objetivos.

La utilización de las guías clínicas de la IAML oferta la garantía de un trabajo consensuado a nivel internacional con una operativa racional y concluyente.

El cumplimiento del artículo 135.2 nos alienta o estimula a la concreción, seguridad y objetividad.

Que esta *lección póstuma* nos sirva para realizar de forma unificada un buen *informe médico concluyente*.

BIBLIOGRAFÍA

- Davide Ferrara, Santos y col. "Whiplash-Associated Disorders, clinical and medico-legal guidelines on the methods of ascertainment", *International Journal of Legal Medicine*, 2015.
- 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*, n.º 228.

* Gorriz Hernando Médicos, S.L.

5. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y NUEVO BAREMO: PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN

A. Gorriz Hernando
C. Martínez Albalade
J.J. García Romero
A.I. Maya Castaño
R. Crespo Andrés *

En estas jornadas uno de los temas base a tratar en varias ponencias es la propuesta de criterios de aplicación del nuevo Baremo (Ley 35/2015), tema sobre el que hemos querido aportar nuestro granito de arena y colaboración.

Con la reforma del Baremo de Tráfico uno de los objetivos principales que se pretendía conseguir, y que además queda específicamente reflejado en el *preámbulo* del BOE de dicho nuevo baremo (1) es la "...trascendencia de una interpretación uniforme de las reglas del sistema que dote de *certidumbre al perjudicado y a las entidades aseguradoras* respecto de la *viabilidad de sus respectivas pretensiones*, garantizando una respuesta igualitaria ante situaciones idénticas y que contribuya decisivamente a la rápida solución extrajudicial de los conflictos y, en suma, al equilibrio de recursos y a la dinamización de la actividad económica".

Partiendo de esa premisa, *hemos querido centrarnos en el artículo 140 del nuevo baremo, relativo al perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas.*

En él, se indica que el perjuicio personal particular que sufre el lesionado por cada intervención quirúrgica que se someta se indemniza con una cantidad situada entre el mínimo y el máximo establecido en la tabla 3.B (esto es, entre 400 y 1.600 euros), en atención a las características de la operación, complejidad de la técnica quirúrgica y tipo de anestesia.

Supuso un gran avance con su aparición porque (2) "...reconoce la existencia del sufrimiento causado por las lesiones temporales (*quantum doloris*/sufrimientos padecidos) aunque lo haya hecho de forma parcial porque no ha incluido el sufrimiento físico/psíquico que causan otras situaciones..." (la propia evolución a veces tórpida de las lesiones, las molestias por los tratamientos devengados o las exploraciones complementarias realizadas...). Revisada la bibliografía en el libro de la Dra. Criadó del Río, ya determina desde el inicio la importancia (2) de "...establecer que se entiende por intervención quirúrgica el acto médico sanitario realizado por un cirujano u odontólogo que permite actuar a nivel externo/interno en el organismo con el uso de anestesia local o general".

Asimismo, para evitar los problemas que puedan derivarse de la aplicación de los tres criterios (características de la operación, complejidad de la técnica quirúrgica y tipo anestesia) y poder dar una *solución homogénea*, deberá consensuarse una escala/escalas que permitan valorar este daño moral. *En la Ley 35/15 del Nuevo Baremo de Tráfico no se indicó de forma específica qué tipo de*

clasificación y/o nomenclátor se había de utilizar para aplicar la valoración de las diferentes intervenciones quirúrgicas a las que se sometía el lesionado.

A nivel bibliográfico y técnico, son muchas las escalas que valoran el riesgo anestésico-quirúrgico; el problema radica en consensuar qué escala es la que recoge de forma más adecuada dichos criterios.

De forma generalizada se ha venido *utilizando* la “*clasificación terminológica y codificación de actos y técnicas médicas*” de la OMC, que divide en nueve grupos quirúrgicos adjudicando a cada uno un tramo indemnizatorio de forma proporcional:

- Grupo quirúrgico 0: 400-500 €.
- Grupo quirúrgico I: 501-600 €.
- Grupo quirúrgico II: 601-700 €.
- Grupo quirúrgico III: 701-850 €.
- Grupo quirúrgico IV: 851-1.000 €.
- Grupo quirúrgico V: 1.001-1.150 €.
- Grupo quirúrgico VI: 1.151-1.300 €.
- Grupo quirúrgico VII: 1.301-1.450 €.
- Grupo quirúrgico VIII: 1.451-1.600 €.

En dicha clasificación, para cada especialidad médico-quirúrgica se han desglosado los actos quirúrgicos que se realizan incluyéndolos en uno de esos ocho grupos (desconocemos cuáles son los criterios de la clasificación porque no vienen mencionados en los documentos de la OMC consultados, solo establece cómo se dividen las intervenciones en los diferentes grupos sin concretar el criterio).

Pero dicho nomenclátor se ha quedado obsoleto o es insuficiente para la valoración de muchas de las intervenciones quirúrgicas a día de hoy, puesto que en no pocas ocasiones no encuentras con exactitud la técnica realizada o, en otros casos, esta no cumple los criterios de complejidad o tipo de anestesia respecto a la intervención en sí.

Otros ejemplos de clasificación de complejidad quirúrgica que también podrían ser válidos (3) sería la *Guía preoperatoria* del GNICENHS (National Institute for Clinical Excellence del NHS), que establece tres niveles de complejidad según la estimación de la hemorragia severa, el tiempo quirúrgico y la recuperación posterior, y los correlaciona con la escala ASA de riesgo anestésico.

Recommendations for specific surgery grades (minor, intermediate, and major or complex) and ASA grades

The following recommendations are specific to surgery grade and ASA grade

Surgery grades	Examples
Minor	<ul style="list-style-type: none"> • excising skin lesion • draining breast abscess
Intermediate	<ul style="list-style-type: none"> • primary repair of inguinal hernia • excising varicose veins in the leg • tonsillectomy or adenotonsillectomy • knee arthroscopy
Major or complex	<ul style="list-style-type: none"> • total abdominal hysterectomy • endoscopic resection of prostate • lumbar discectomy • thyroidectomy • total joint replacement • lung operations • colonic resection • radical neck dissection

Table 1. Minor surgery

Test	ASA grade		
	ASA 1	ASA 2	ASA 3 or ASA 4
Full blood count	Not routinely	Not routinely	Not routinely
Haemostasis	Not routinely	Not routinely	Not routinely
Kidney function	Not routinely	Not routinely	Consider in people at risk of AKI ¹
ECG	Not routinely	Not routinely	Consider if no ECG results available from past 12 months
Lung function/arterial blood gas	Not routinely	Not routinely	Not routinely

AKI, acute kidney injury.
¹See recommendation 1.1.8 of the NICE guideline on acute kidney injury.

Table 2. Intermediate surgery

Test	ASA grade		
	ASA 1	ASA 2	ASA 3 or ASA 4
Full blood count	Not routinely	Not routinely	Consider for people with cardiovascular or renal disease if any symptoms not recently investigated
Haemostasis	Not routinely	Not routinely	Consider in people with chronic disease <ul style="list-style-type: none"> • If people taking anticoagulants need modification of their treatment regimen, make an individualised plan in line with local guidance • If clotting status needs to be tested before surgery (depending on local guidance) use point-of-care testing
Kidney function	Not routinely	Consider in people at risk of AKI	Yes
ECG	Not routinely	Consider for people with cardiovascular, renal or diabetes comorbidities	Yes
Lung function/arterial blood gas	Not routinely	Not routinely	Consider seeking advice from senior anaesthetist as soon as possible after assessment for people who are ASA grade 3 or 4 due to known or suspected respiratory disease

Table 3. Major or complex surgery

Test	ASA grade		
	ASA 1	ASA 2	ASA 3 or ASA 4
Full blood count	Yes	Yes	Yes
Haemostasis	Not routinely	Not routinely	Consider in people with chronic liver disease <ul style="list-style-type: none"> • If people taking anticoagulants need modification of their treatment regimen, make and individualised plan in line with local guidance • If clotting status needs to be tested before surgery (depending on local guidance) use point-of-care testing
Kidney function	Consider in people at risk of AKI	Yes	Yes

ECG	Consider for people aged over 65 if no ECG results available from past 12 months	Yes	Yes
Lung function/ arterial blood gas	Not routinely	Not routinely	Consider seeking advice from senior anaesthetist as soon as possible after assessment for people who are ASA grade 3 or 4 due to known or suspected respiratory disease

Otra escala igualmente válida sería la de E. Bumaschny y cols., quienes en el 2013 expusieron cuatro categorías independientes de la anestesia también según la pérdida hemática y el riesgo del paciente.

Además, se ha hecho referencia en algún artículo (4) a la clasificación Altemeier: “una clasificación de las operaciones quirúrgicas según su grado de limpieza y contaminación”.

En todo caso ninguna es capaz de incluir dentro de su ponderación los 3 criterios denominados en el nuevo baremo.

Cobo Plana, dentro de su libro *Metodología para valorar el daño corporal con el Nuevo Baremo de Tráfico* (5), propuso unas tablas de puntuación que sí se basaban en los tres criterios del artículo 140:

	IQ-1	IQ-2	IQ-3	IQ-4
Características de la actuación quirúrgica				
• Con ingreso en UCI	5	5	5	5
• Con ingreso hospitalario prolongado en planta (> de 30 días)	4	4	4	4
• Con ingreso hospitalario prolongado en planta (> de 7 días y menos de 30 días)	3	3	3	3
• Con ingreso hospitalario medio en planta (> de 24 horas y < 7 días)	2	2	2	2
• Sin ingreso hospitalario o < de 24 horas de ingreso	1	1	1	1

• Sin necesidad de medio quirúrgico	0	0	0	0
Complejidad de la técnica quirúrgica				
• Con riesgo grave	4	4	4	4
• Con riesgo moderado	3	3	3	3
• Con riesgo ligero	2	2	2	2
• Sin riesgo presumido relevante	1	1	1	1
• Sin riesgo	0	0	0	0
Tipo de anestesia				
General	3	3	3	3
Regional	2	2	2	2
Local	1	1	1	1
Sin ninguna anestesia	0	0	0	0
VALOR TOTAL POR SUMA DE PUNTOS DE CADA ACTUACIÓN ASISTENCIAL QUIRÚRGICA				
Observaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Intervención n.º 1 = puntos • Intervención n.º 2 = puntos • Intervención n.º 3 = puntos • Intervención n.º 4 = puntos 				

Referencias de valor del perjuicio personal particular por cada intervención quirúrgica

Gravedad TOTAL de la IQ	12 puntos
Gravedad CASI TOTAL de la IQ	10-11 puntos
Gravedad INTENSA de la IQ	8-9 puntos
Gravedad MODERADA de la IQ	6-7 puntos
Gravedad LIGERA de la IQ	4-5 puntos
Gravedad MUY LIGERA de la IQ	3 puntos

Con la puntuación final obtenida se obtenía un valor del perjuicio personal particular por cada intervención que *tenía entonces que traducirse a importe indemnizatorio*.

Dicha escala es muy interesante en tanto que engloba de forma sencilla y concreta los criterios valorativos necesarios, pendiente de consensuar y determinar la cuantía correspondiente a cada puntuación. Sin embargo, resulta aclaratoria e inspiradora.

Nosotros consideramos que es importante utilizar el método descriptivo para reseñar todas las características de cada intervención porque el riesgo de cada cirugía no solo depende de la complejidad de la técnica y del tipo de anestesia, sino que variará también en función de las características de la misma. Además sería bueno que pudiera considerarse las complicaciones que hayan surgido dentro de la intervención quirúrgica y características específicas del posoperatorio (sala de reanimación o ingreso en UCI), tal y como valora también Cobo Plana.

Por eso recomendamos homogeneizar la valoración relativa a las intervenciones quirúrgicas para todos los lesionados que se encuentran en una situación similar elaborando una nueva escala que (aunque de forma descriptiva) englobe el mayor número de parámetros y ayude a graduar las características de cada intervención quirúrgica incluyendo la horquilla indemnizatoria en cada nivel. Intentando, pues:

- *Aunar los criterios que indica el artículo 140 relativos a las características, complejidad quirúrgica y tipo de anestesia.*
- *Mantener y correlacionar los grupos quirúrgicos propuestos de la OMC.*
- *Simplificar su valoración a los médicos VDC y dotar de mayor rigurosidad a los informes periciales médicos.*

Hemos elaborado una propuesta de clasificación para las intervenciones quirúrgicas *que siga las directrices expuestas en el artículo 140 con un patrón coherente*, que permita cierta ductilidad para una mejor concreción y que transmita la real intención de, tal y como indicaba el preámbulo de la Ley 35/2015, *dotar de CERTIDUMBRE respecto a la VIABILIDAD de las PRETENSIONES*, agilizar la solución extrajudicial y dinamizar la resolución de los siniestros.

CONSIDERACIONES GENERALES RESPECTO A LA PROPUESTA

Hemos designado cuatro tipos en función de la gravedad y distribuido entre ellos los grupos ya instaurados de la OMC, de forma que el grueso de la horquilla indemnizatoria se centre en aquellos niveles donde se localizan la mayoría de intervenciones que se dan secundariamente a

un accidente de tráfico.

Tanto el grupo I (muy grave) como el grupo IV (leve) tienen asociada una horquilla menor, ya que sus definiciones determinan con elevada exactitud tanto la complejidad técnica, como la anestesia y el riesgo asociado a la intervención.

- **Grupo I (muy grave): Anestesia general + intervenciones con riesgo vital elevado + ingreso hospitalario para recuperación > 5 días: 1.350-1.601 euros (por ejemplo, intervenciones referidas a órganos internos; amputaciones; TCE grave).**
- **Grupo IV (leve): intervenciones sin anestesia general en régimen ambulatorio sin riesgo vital: 400-649 euros.**

La dificultad de manejo y valoración se centra pues en las otras dos clases, destinadas a las intervenciones “menos graves” y “graves” donde existirá mayor disparidad tanto por complejidad técnica como por posibilidades anestésicas y riesgos quirúrgicos asociados.

Estos dos niveles poseen un margen más amplio a nivel de horquilla indemnizatoria para poder ofrecer al médico valorador la posibilidad de baremar y defender con éxito:

- **En casos de necesidad urgente/emergente de intervención.**
- **En casos de realización de varios actos terapéuticos en un mismo tiempo quirúrgico.**
- **En casos de realización de técnicas quirúrgicas que no estén contempladas en el nomenclátor de la OMC.**

También a nivel de compañías aseguradoras dicha clasificación permite la filiación de cada intervención quirúrgica con mayor concreción, sin tener que entrar en analogías en caso de no encontrarse la intervención quirúrgica en los grupos de la OMC con exactitud y con mayor agilidad y fiabilidad para establecer cuantías en términos de reservas.

Al dotar cada grupo de una horquilla indemnizatoria, damos margen a que se pueda aplicar criterios de proporcionalidad y coherencia ante las diferentes realidades quirúrgicas, agilizar la valoración de las mismas y facilitar la globalización de los diferentes puntos de vista que pudieran surgir frente a nuevas técnicas quirúrgicas o cirugías muy complejas.

PROPUESTA DE NUEVA CLASIFICACIÓN

Manteniendo, como hemos dicho, el paralelismo con los diferentes grupos quirúrgicos de la OMC, hemos elaborado la siguiente clasificación en cuatro tipos:

Tipo I muy grave, 1.600 euros	Anestesia general + intervenciones con riesgo vital elevado + ingreso hospitalario para recuperación >5 días: 1.600 euros (ej. intervenciones referidas a órganos internos, amputaciones, TCE grave).
Grupo VII-VIII 1.350-1.601 euros	
Tipo II grave, 950-1.349 euros	Anestesia general + intervención sin riesgo vital + ingreso hospitalario para recuperación >5 días (ej. fracturas de miembros superiores/inferiores).
Grupo IV-VI	
Tipo III menos grave, 650-949 euros	Intervenciones con anestesia general en régimen ambulatorio o 24 h de ingreso sin riesgo vital.
Grupo II-III	
Tipo IV leve, 400-649 euros	Intervenciones sin anestesia general en régimen ambulatorio sin riesgo vital.
Grupo 0-I OMC	

- **Tipo I → muy grave:** engloba aquellas intervenciones quirúrgicas que se realicen con anestesia general, que conlleven un riesgo vital asociado o cuyo ingreso hospitalario posterior estimado sea superior a 5 días.
 - Por ejemplo: amputaciones de miembros completos, TCE grave con necesidad de cirugía, intervenciones sobre órganos internos.
 - Aúna los grupos VII y VIII de la OMC.
 - Se indemnizaría con entre 1.350 y 1.601 euros.
 - Horquilla indemnizatoria: 250 euros.
- **Tipo II → grave:** engloba aquellas intervenciones quirúrgicas que se realicen con anestesia general, pero que no conlleven por la situación del lesionado o por las características técnicas riesgo vital relevante asociado o cuyo ingreso hospitalario posterior estimado sea superior a 5 días.
 - Por ejemplo: fracturas de miembros superiores o inferiores que precisen de reducción abierta para su fijación.
 - Aúna los grupos IV-VI de la OMC.
 - Se indemnizaría con entre 950 y 1.349 euros.
 - Horquilla indemnizatoria de 400 euros.
- **Tipo III → menos grave:** engloba aquellas intervenciones quirúrgicas que se realicen con anestesia general, pero que no conlleven por la situación del lesionado o por las características técnicas riesgo vital y se realicen en régimen ambulatorio o en ingreso de 24 horas.
 - Por ejemplo: artroscopias, retiradas de material de osteosíntesis.
 - Aúna los grupos II-III de la OMC.
 - Se indemnizaría con entre 650 y 949 euros.
 - Horquilla indemnizatoria de 300 euros.
- **Tipo IV → leve:** engloba aquellas intervenciones quirúrgicas sin anestesia general en régimen ambulatorio sin riesgo vital.

- Por ejemplo: luxación maxilar inferior, limpieza y cura específica de quemaduras hasta un 5 %.
- Aúna los grupos 0 y I de la OMC.
- Se indemnizaría con entre 400 y 649 euros.
- Horquilla indemnizatoria de 249 euros.

Para poder concretar dentro de la horquilla indemnizatoria de qué cantidad estamos hablando sería necesario la valoración cualitativa a nivel de condiciones del lesionado, intervenciones realizadas en mismo tiempo quirúrgico o situaciones especiales que determinaría el perito médico del VDC.

CONCLUSIONES

No existe actualmente ninguna *escala* oficial que permita la valoración de forma precisa en lo relativo al artículo 99 de la Ley 35/2015: *perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas*.

Aunque en la bibliografía se valoran diferentes escalas para su ponderación, y siendo la clasificación de especialidades quirúrgicas de la OMC la más extendida hoy en día, consideramos que existe mucho margen de mejora al respecto que dote de mayor concreción, proporcionalidad y de una visualización más rápida y veraz para el médico valorador.

Ese es el objetivo de nuestra propuesta esperando que sirva como punto de partida al menos para debate, revisión y consenso para una mejoría posterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Criado del Río, María Teresa. “Capítulo 3: el Nuevo Baremo de Tráfico: perspectiva médico-legal”. *Ley 35/2015, de 22 de septiembre*, editorial Pirineo, Huesca, 2016, pp. 101-103.
3. “Preoperative tests: NICE guideline” (article at Internet). National Institute for Clinical Excellence. London [citado en junio de 2003].
4. Pereña Muñoz, Juan José. “Análisis del nuevo baremo aprobado por la Ley 35/2015: indemnizaciones por secuelas y lesiones temporales”, *Revista de Responsabilidad Civil y Seguro*, vol. 57(2016), p. 14.
5. Cobo Plana, Juan Antonio. *Metodología para valorar el daño corporal con el Nuevo Baremo de Tráfico*, Editorial Bosch, mayo de 2016.

* Oficina de Gestión de Servicios Médicos, Dirección Siniestros Auto y Dirección Servicios Profesionales de Allianz.

6. SECUELAS INTERAGRAVATORIAS: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

A. Gorriz Hernando
C. Martínez Albalade
J. J. García Romero
A. I. Maya Castaño
R. Crespo Andrés *

En estas jornadas uno de los grupos temáticos trata sobre los “aspectos médico-prácticos en valoración del daño corporal”.

Nosotros hemos querido hacer una revisión acerca de la teoría existente respecto a la valoración de las secuelas funcionales y dentro de estas, nos hemos centrado en las *secuelas interagravatorias* considerando que a día de hoy aún constituyen un reto en la VDC tanto para su clara detección como para establecer correctamente su nexo entre ellas.

Con la entrada en vigor del Nuevo Baremo de Tráfico se inició una verdadera revolución al evidenciarse una reforma legislativa importante y sin precedentes en nuestro país. Dos años después, ya es momento de poder analizar los resultados obtenidos y ser autocríticos con la adaptación que al respecto hemos tenido que realizar los diferentes profesionales que interactuamos en el desarrollo de un siniestro derivado de un accidente de tráfico.

Uno de los puntos más controvertidos y complicados en el nuevo baremo, qué duda cabe, era relativo a la parte destinada a las secuelas, que se ha desglosado de manera importante.

Partiendo de la relación de causalidad médico-legal como eje inicial de todo informe de valoración médico-legal, ya reflejado en la Ley 35/2015 (1):

“... Su finalidad es la de lograr la total indemnidad de los daños y perjuicios padecidos para *situar a la víctima en una posición lo más parecida posible a la que tendría de no haberse producido el accidente*”.

Encontramos ya entonces la suficiente justificación para la correcta y rigurosa detección de las *secuelas interagravatorias*, recogidas en el artículo 99 de la Ley 35/2015 (2):

“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”.

En el fondo, las secuelas interagravatorias no son sino una subcategoría de las secuelas concurrentes.

Su apartado 2 indica que dichas secuelas se recogen en la Tabla 2.A.1 y prácticamente coinciden

con las llamadas secuelas bilaterales, que afectan a dos miembros iguales.

En el apartado 3 de este artículo se concretó entonces cómo determinar la puntuación correspondiente en el caso de estas secuelas concurrentes o intergravatorias, estableciendo que para el supuesto de que tal efecto agravatorio no haya sido previsto en la definición de la propia secuela, se realizará un incremento del resultado final que resulte tras la aplicación de la fórmula de Balthazard de un 10 % (3).

Es decir, en el informe médico pericial se contemplará un apartado de *secuelas intergravatorias* donde constarán codificadas aquellas secuelas funcionales que formen parte aplicándose entre ellas la fórmula de Balthazard + un incremento del 10 % del resultado.

No debemos confundir las secuelas intergravatorias con las *secuelas duplicadas*, recogidas en el artículo 97.3 del nuevo Baremo 2016, que indica (2):

“...Una *secuela debe valorarse una sola vez*, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados del baremo médico, sin perjuicio de lo establecido respecto del perjuicio estético. No se valoran las secuelas que estén incluidas o se deriven de otras, aunque estén descritas de forma independiente...”.

Se diferencian de las *secuelas intergravatorias* en que las duplicadas se basan en lesiones distintas que provocan un empeoramiento de los mismos síntomas en el lesionado, y en cambio las secuelas intergravatorias tienen el origen en la misma lesión, aunque la sintomatología parezca distinta.

En el día a día aún es mucho más dificultoso su detección y su consideración dentro del grupo correcto, pero resulta importante tener siempre presente y plantearse su posibilidad de ocurrencia en los diferentes siniestros valorados, en aras a la valoración lo más ajustada y *cercana a la realidad previa al accidente* que el lesionado poseía.

Por eso, una vez revisada la teoría aclaratoria al respecto, hemos considerado de interés general acercar la teoría a la práctica planteando diversos ejemplos de diferente índole de secuelas intergravatorias, para su visualización grupal.

EJEMPLO N.º 1: AFECTACIÓN DE UNA FUNCIÓN POR SECUELAS DENTRO DEL MISMO MIEMBRO

- Lesiones concurrentes:
 - Plejía por lesión plexo braquial tipo Lumpke-Dejerine.
 - Pseudoartrosis inoperable de cúbito.
- Función afectada: movilidad de mano y algias.
- Justificación de las lesiones intergravatorias: limitación de movilidad de mano: a nivel flexo-extensión y pronosupinación. De tener ambas lesiones por separado no existiría el mismo componente álgico ni las mismas limitaciones a la movilidad de muñeca.

- *La lesión de plexo braquial tipo Klumpke-Dejerine*: es una forma de parálisis que implica los [músculos](#) del [antebrazo](#) y la [mano](#), producida como resultado de una lesión de plexo braquial en la cual el nervio octavo cervical (C8) y primer torácico (T1) son perjudicados antes o después de su unión en el tronco inferior. La parálisis consecuente afecta, principalmente, al músculo cubital anterior y flexores de los dedos, y musculatura intrínseca de la mano (músculos tenares, hipotenares e interóseos), que se traduce por imposibilidad para movilizar la mano. En estadios crónicos, puede desarrollarse una mano en garra, con hiperextensión de articulaciones metacarpofalángicas (al estar respetados los músculos extensores largos de la mano), y flexión de interfalángicas. Existe anestesia en el borde interno de la mano y antebrazo. El reflejo flexor de los dedos está abolido.
- *Pseudoartrosis inoperable de cúbito*: la clínica de esta secuela vendrá determinada en función de si hay afectación o no de estiloides radial asociada y de ligamento triangular. En todo caso, nos encontraremos con limitaciones a la movilidad de la muñeca a nivel de inclinación radial/cubital, posible dolor y limitación a la flexo/extensión, así como a la pronosupinación.

EJEMPLO N.º 2: AFECTACIÓN DE UNA MISMA FUNCIÓN POR SECUELAS EN MISMO ÓRGANO

- Lesiones concurrentes:
 - Pérdida de agudeza visual.
 - Ptosis unilateral.
- Función afectada: agudeza visual y campimetría.
- Justificación de las lesiones intergravatorias: en este caso, si la zona “sana” sin pérdida de agudeza visual se localiza en la zona del ojo que se ve afectada por la ptosis parpebral, tenemos claramente un ejemplo de lesiones intergravatorias, ya que de darse ambas secuelas por separado, se conservaría, sin duda, cierta visión en ese ojo. El sumatorio de ambas agrava claramente la función visual y campimetría.
 - *Pérdida de agudeza visual parcial*: por traumatismos o quemaduras, por ejemplo.
 - *Ptosis unilateral*: es un descenso permanente del párpado superior. Este síntoma puede ser provocado por un daño palpebral o por un daño nervioso del tercer par craneal (motor ocular común) o de los centros nerviosos del [cerebro](#).

EJEMPLO N.º 3: AFECTACIÓN DE UNA MISMA FUNCIÓN POR SECUELAS EN DIFERENTES ÓRGANOS

- Lesiones concurrentes:
 - Amputación unilateral a nivel de pierna.
 - Enucleación de un globo ocular.
- Función afectada: propioceptiva, equilibrio y profundidad de campo.
- Justificación de las lesiones intergravatorias: a los problemas deambulatorios adquiridos después de una amputación de extremidad inferior se le une el déficit en la propiocepción, alteraciones a nivel de equilibrio (donde la visión global juega un papel importante) y de profundidad de campo.
 - *Amputación unilateral a nivel de pierna*: la alteración a la deambulación normal, la resistencia a la bipedestación y los problemas en diferentes grados en adaptación, seguridad y equilibrio, en caso de darse esa secuela, son evidentes.
 - *Enucleación de un globo ocular*: es la extirpación quirúrgica del [globo ocular](#), se suele utilizar en situaciones con cáncer de ojo o ante lesiones graves como consecuencia de accidentes que dejan el ojo inservible.

EJEMPLO N.º 4: AFECTACIÓN DE UNA MISMA FUNCIÓN POR SECUELAS EN DIFERENTES MIEMBROS

- Lesiones concurrentes:
 - Hombro oscilante (pseudoartrosis).
 - Artrodesis de rodilla contralateral (en posición funcional).
- Función afectada: deambulación con seguridad en uso de muletas.
- Justificación de las lesiones intergravatorias: en este caso queda afectada la deambulación segura con muletas, al no poder descargar la rodilla por pseudoartrosis en hombro contralateral en un lesionado con rodilla fijada en posición funcional y, por tanto, desprovista de toda capacidad de balance articular.
 - *Hombro oscilante (pseudoartrosis)*: el principal síntoma de la pseudoartrosis de hombro es la falta de movilidad tras el tiempo estimado para la recuperación de una fractura, o una operación de la articulación. En algunos casos puede aparecer dolor.
 - *Artrodesis de rodilla contralateral (en posición funcional)*: se fija la articulación en posición funcional, bloqueando o impidiendo su movimiento.

EJEMPLO N.º 5: AFECTACIÓN DE UNA MISMA FUNCIÓN POR LESIONES DIFERENTES EN MIEMBROS BILATERALES

- Lesiones concurrentes:
 - Anquilosis de codo.
 - Lesión de plexo braquial incompleta contralateral.
- Función afectada: manipulación de objetos, psicomotricidad fina, carga de pesos, autonomía en autocuidado.
- Justificación de las lesiones intergravatorias: en el caso de encontrarnos con la coexistencia de estas dos lesiones, las limitaciones que independientemente actúan sobre cada extremidad superior por separado condicionan una marcada disminución de la autonomía personal sobre todo en lo referente a actividades de aseo, autocuidado, manipulación fina, psicomotricidad, cuando actúan conjuntamente pudiendo condicionar una necesidad de ayuda para realización de tareas y desarrollo de ABVD.

- *Anquilosis de codo*: disminución de movimiento o falta de movilidad de una [articulación](#) debido a fusión total o parcial de los componentes de la articulación. Puede darse secundariamente a todas aquellas lesiones traumáticas como fracturas y luxaciones del complejo articular del codo, incluso el ratón articular. Este último es un fragmento osteocartilaginoso que se encuentra libre en la cavidad articular impidiendo así un movimiento rotatorio de flexión y/o extensión completo. Otra de las causas principales que puede impedir un movimiento correcto de la articulación es posquirúrgica o tras un periodo de inmovilización largo (con escayola o férula).
- *Lesión de plexo braquial incompleta contralateral*: los traumatismos de gran energía a nivel de la extremidad superior o cuello pueden dar como resultado lesiones del plexo braquial, citándose como los más frecuentes los accidentes de tráfico y, entre ellos, los provocados por las motocicletas, ciclomotores y bicicletas (3).

El daño del plexo braquial puede causar síntomas como (4):

- Un brazo flácido o paralizado.
- Falta de control muscular en el brazo, la mano o la muñeca.
- Falta de sensación en el brazo o en la mano.
- Dolor neuropático asociado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Criado del Río, María Teresa. “Capítulo 3, El Nuevo Baremo de Tráfico: perspectiva médico-legal. *Ley 35/2015, de 22 de septiembre*, editorial Pirineo, Huesca, 2016, pp. 101-103.
2. *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.*
3. Pereña Muñoz, Juan José. “Análisis del Nuevo Baremo aprobado por la Ley 35/2015: indemnizaciones por secuelas y lesiones temporales”, *Revista de Responsabilidad Civil y Seguro*, vol. 57(2016), p.14.
4. Bartolomé Martín, J. L. y Rodríguez Fernández, A.L. “Lesiones del plexo braquial. A propósito de un caso”, *Revista Fisioterapia*, 29(2007), pp. 196-202 - DOI: 10.1016/S0211-5638(07)74438-3

* Oficina de Gestión de Servicios Médicos, Dirección Siniestros Auto y Dirección Servicios Profesionales de Allianz.

7. UTILIDAD DE LA BIOMECÁNICA PARA VALORAR LA SITUACIÓN CLÍNICO-FUNCIONAL DE UN TRABAJADOR Y DEFINIR SUS POSIBILIDADES DE REINCORPORACIÓN LABORAL, TRAS SUFRIR UNA FRACTURA COMPLEJA PROXIMAL DE TIBIA DERECHA

M.A. Lorenzo Agudo
D. Sánchez Belizón
M. Cuartero Lapeña *

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de poder contar con técnicas biomecánicas de valoración que puedan aportar información objetiva de utilidad sobre la capacidad funcional de un trabajador accidentado y permitan establecer la actitud más adecuada a seguir desde un punto de vista clínico-laboral, incluyendo la opción de plantear modificaciones en el procedimiento terapéutico, así como definir las posibles secuelas derivadas del accidente de trabajo sufrido, constituye una herramienta de gran valor dentro de los servicios sanitarios que una mutua puede ofrecer para el control y seguimiento clínico-terapéutico de la accidentabilidad laboral de los trabajadores pertenecientes a sus empresas mutualistas. En este *caso clínico*, se pone objetivamente de manifiesto la utilidad de diferentes estudios de valoración funcional en el seguimiento evolutivo del proceso patológico sufrido por un trabajador accidentado hasta su resolución clínico-laboral definitiva.

CASO CLÍNICO

Se trata de un trabajador de 39 años de edad, de ocupación operario/instalador de telecomunicaciones, que el 9 de junio de 2014 sufrió un accidente de trabajo al “caerse de una escalera en la que se encontraba subido realizando una instalación eléctrica, después de resultar arrollado por un vehículo”, presentando como consecuencia de dicho accidente un traumatismo grave en la rodilla derecha, siendo inicialmente trasladado al servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid), donde se estableció como diagnóstico clínico la existencia de una “fractura bituberositaria con hundimiento de la meseta tibial externa de la rodilla derecha” (1, 2). Se efectuó una artrocentesis evacuadora en la que se obtuvieron 50 cc de líquido hemático y se procedió a inmovilizar la extremidad inferior derecha con una férula inguinopédica, siendo a continuación trasladado a la clínica La Luz (Madrid) donde quedó ingresado para ser intervenido de forma quirúrgica por parte del servicio de Traumatología de Ibermutuamur (11/06/2014), efectuándose una “reducción abierta y osteosíntesis con placa y tornillos más aporte de fosfato tricálcico” (1) (imagen 1). Fue dado de alta hospitalaria y se inició a partir de ese momento el correspondiente control y seguimiento clínico-evolutivo de su proceso patológico por parte de los servicios médicos de la mutua, calificándose el proceso como accidente de trabajo y

emitiéndose la correspondiente baja laboral con fecha 9 de junio de 2014 (3).

Imagen 1. Estudio radiológico posquirúrgico —proyección AP— de rodilla derecha (29/07/2014)



Mantuvo la extremidad inferior derecha en descarga durante un periodo prolongado de 10-12 semanas, efectuándose un estudio radiológico de control (imagen 2) que permitió “descartar la existencia de alteraciones/complicaciones osteoarticulares relevantes y confirmar la existencia de una adecuada consolidación ósea de la lesión sufrida”, lo que condujo a permitir el inicio de una carga asistida progresiva con ayudas según tolerancia, complementado con ejercicios activos domiciliarios de flexibilización y tonificación muscular de la rodilla derecha, y un programa específico de rehabilitación en gimnasio encaminado a conseguir la máxima funcionalidad de la rodilla derecha, trabajando de forma dirigida los aspectos de movilidad articular y fuerza muscular, con un incremento progresivo según tolerancia en el nivel de actividad funcional diaria.

Imagen 2. Estudio radiológico evolutivo —proyección AP— de rodilla derecha (05/09/2014)

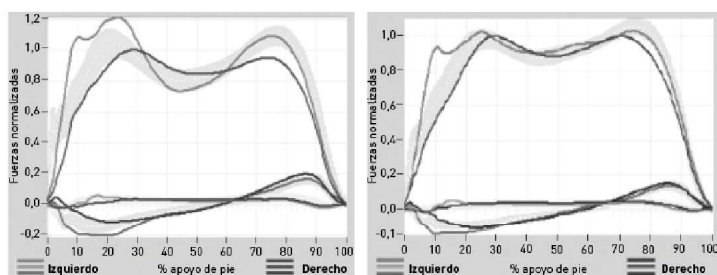


Para valorar la repercusión funcional producida por la patología osteoarticular sufrida por el trabajador en su rodilla derecha, fue remitido el 16 de enero de 2015 a la Unidad de Valoración Funcional del centro asistencial de Ibermutuamur - Servicios Centrales (Madrid) para efectuar una *valoración funcional de su capacidad de marcha* mediante el empleo de la aplicación *NedAMH/IBV* (4, 5, 6). En la exploración física realizada presentaba “una marcha independiente sin ayudas con una cierta claudicación a expensas del miembro inferior derecho, un buen aspecto externo sin apreciarse signos inflamatorios ni signos objetivos de derrame articular, una evidente amiotrofia tanto en muslo como en la pierna derecha, refiriendo dolor que localizaba básicamente en la región postero-externa de la rodilla y pierna, que tendía a acentuarse al iniciar la carga tras el descanso articular y con la deambulación mantenida después de unos 25-30 minutos, con una movilidad activa articular de rodilla derecha levemente limitada, pero en rango funcional —flexión 125-130° (140°) y déficit de 5° en la extensión—, una cierta inestabilidad antero-posterior en las maniobras ligamentosas específicas (CNA, CNRE y Lachman), un balance muscular a 4-4+/5 en las maniobras específicas contra resistencia, con una capacidad conservada para adoptar la posición de semisentadilla y de apoyo monopodal sin ayudas, con dificultad y dolor asociado al adoptar la posición forzada de cuclillas”.

En el estudio realizado se obtuvo una *valoración funcional final del 88 %* (gráfico 1) que puso de manifiesto la existencia de una “leve repercusión en la capacidad funcional de deambulación del trabajador, apreciándose un cierto alejamiento de las bandas de normalidad por debajo de su límite inferior en la parte final de la fase de apoyo a expensas de la extremidad inferior derecha, con ciertos signos objetivos asociados de claudicación y/o cojera ya que el tiempo de apoyo y las diferentes fuerzas registradas no eran completamente similares en ambas extremidades inferiores”.

A la vista del resultado obtenido, se planteó la realización de un nuevo estudio de la capacidad funcional de marcha en un periodo aproximado de 3 semanas, con la intención de objetivar la situación funcional del trabajador y plantear la actitud más adecuada a seguir, efectuándose dicho estudio el 5 de febrero de 2015, en el que se obtuvo una *valoración funcional final del 93 %* (gráfico 2), resultado que permitió “descartar en ese momento la existencia de una repercusión patológica en la capacidad funcional de marcha del trabajador valorado”.

Gráficos 1 y 2. Representación gráfica del patrón de marcha del trabajador estudiado en relación con las bandas correspondientes al patrón de normalidad



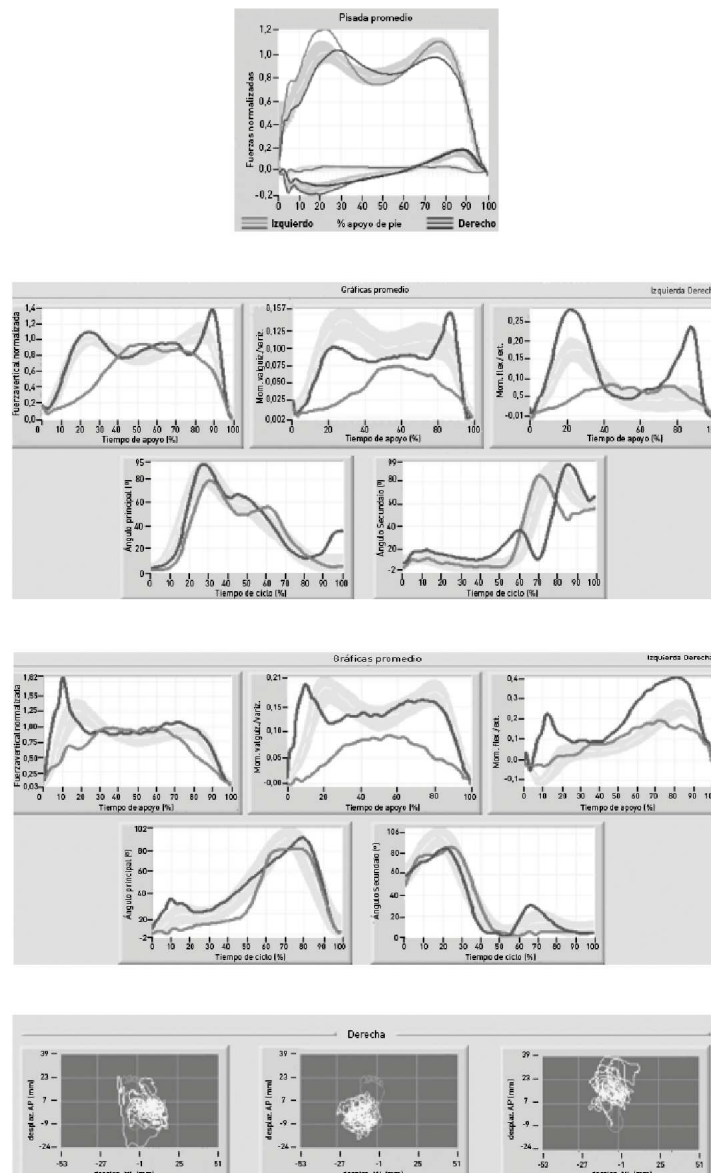
Líneas oscuras correspondientes a los trazados promedios de las fuerzas de la extremidad inferior derecha y líneas claras correspondientes a los trazados promedios de las fuerzas de la extremidad inferior izquierda.

Dado que el trabajador refería una sintomatología dolorosa de ritmo mecánico a nivel de su rodilla derecha en relación principalmente con la deambulación prolongada y la marcha por terrenos más exigentes, especialmente en los gestos más forzados como por ejemplo al subir y bajar escaleras, se solicitó a la Unidad de Valoración Funcional la realización de una *valoración funcional específica de la rodilla* mediante el empleo de la aplicación *NedRODILLA/IBV* (7, 8), que se llevó a cabo el 26 de febrero de 2015 en la que se procedió a analizar los gestos funcionales de *deambulación, subir/bajar escaleras y estabilidad monopodal* (gráfico 3), obteniéndose los siguientes resultados en cada uno de los gestos estudiados:

- *Valoración funcional de la marcha: 95 % (95 % en el lado izquierdo y 94 % en el lado derecho), resultado compatible con la normalidad.*
- *Valoración funcional en el gesto de subir escaleras: 96 % en el lado izquierdo y 80 % en el lado derecho (registrándose un alejamiento de la normalidad en los parámetros correspondientes a la fuerza vertical normalizada por el peso, el momento de fuerza aducción/abducción y el momento de fuerza flexión/extensión).*
- *Valoración funcional en el gesto de bajar escaleras: 89 % en el lado izquierdo y 71 % en el lado derecho (registrándose un alejamiento de la normalidad en los parámetros correspondientes a los momentos de fuerza aducción/abducción y flexión/extensión).*

- *Valoración funcional del apoyo monopodal (Romberg Gomaespuma con ojos abiertos): 99 % en el lado izquierdo y 99 % en el lado derecho, en ambos lados resultado compatible con la normalidad.*

Gráfico 3. Representación gráfica del patrón funcional de marcha y los gestos funcionales de subir escaleras, bajar escaleras y estabilidad monopodal sobre gomaespuma con los ojos abiertos correspondientes a la 1.ª valoración funcional de la rodilla derecha (26/02/2015)



A tenor de los resultados obtenidos en la valoración funcional de la rodilla derecha llevada a cabo con una evidente alteración en algunos de los gestos funcionales analizados, se planteó la realización de nuevas valoraciones con objeto de obtener información objetiva de la capacidad funcional del trabajador que permitiera valorar las posibilidades reales de que pudiera reincorporarse a su actividad laboral habitual (operario/instalador de telecomunicaciones), lo que finalmente condujo a realizar estudios funcionales seriados cada 3-5 semanas (tabla 1), en los que en función de la situación clínica del trabajador y considerando los resultados obtenidos en el estudio funcional anterior, se valoraba la idoneidad de analizar los diferentes gestos funcionales que permitía la aplicación *NedRODILLA/IBV* o exclusivamente aquellos gestos funcionales en los que se registrara un resultado funcionalmente alterado y/o alejado de la normalidad.

Tabla 1. Resultados porcentuales obtenidos en los diferentes gestos funcionales analizados y las fechas de realización de los estudios

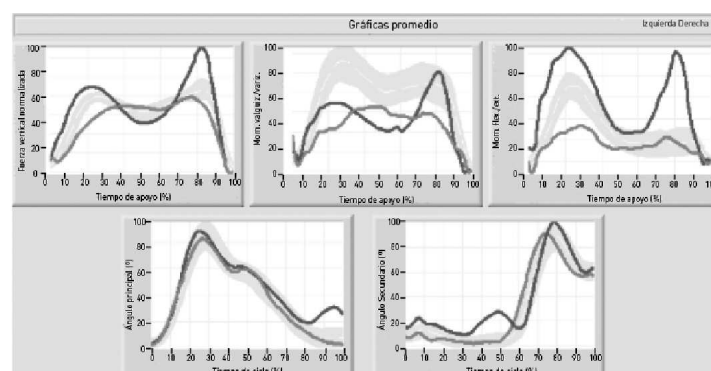
	26/02/2015	31/03/2015	15/04/2015	21/05/2015
GESTO FUNCIONAL	izdo. / dcho.	izdo. / dcho.	izdo. / dcho.	izdo. / dcho.
DEAMBULACIÓN	95 % / 94 %	97 % / 97 %	95 % / 96 %	NO REALIZADO
SUBIR ESCALERAS	96 % / 80 %	97 % / 84 %	96 % / 84 %	97 % / 86 %
BAJAR ESCALERAS	89 % / 71 %	84 % / 76 %	91 % / 72 %	95 % / 80 %
APOYO MONOPODAL	99 % / 99 %	NO REALIZADO	NO REALIZADO	NO REALIZADO

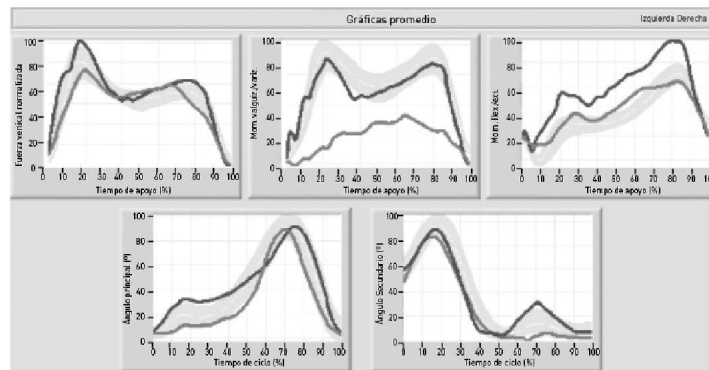
En color azul se registran los resultados inferiores al 90 % de normalidad.

En los estudios funcionales seriados se analizó la *capacidad funcional de marcha* en dos ocasiones más (31 de marzo y 15 de abril de 2015), permaneciendo el resultado funcional final dentro de la normalidad en todo momento, y los *gestos funcionales de subir y bajar escaleras* en tres ocasiones más (31 de marzo, 15 de abril y 21 de mayo de 2015), mostrando en ambos gestos una progresiva mejoría en el valor funcional final correspondiente al lado derecho afectado.

En la última valoración funcional de la rodilla derecha llevada a cabo (21 de mayo de 2015 - gráfico 4), el trabajador refería la persistencia de cierta dificultad para correr, deambular de forma prolongada (más de 45-50 minutos) y adoptar posturas que pudieran implicar una flexión forzada de la rodilla derecha. En la *exploración física* realizada presentaba una “deambulación independiente sin ayudas con un adecuado patrón de marcha, sin apreciarse signos objetivos de claudicación o cojera durante la misma y una capacidad conservada para subir/bajar escaleras sin ayudas (refiriendo más dificultad en el gesto de bajar escaleras), un buen aspecto externo sin apreciarse signos inflamatorios ni rasgos objetivos de tipo distrófico a ningún nivel de la extremidad inferior derecha, una cicatriz quirúrgica en buen estado y no dolorosa a la palpación, con una rótula libre y no dolorosa con los desplazamientos pasivos, una movilidad activa articular levemente limitada pero en rango funcional —flexión 130° (140°) y déficit de extensión de 10°—, un balance muscular a 4+/5 en las maniobras específicas contra resistencia, sin signos objetivos asociados de inestabilidad en las maniobras específicas ligamentosas”.

Gráfica 4. Representación gráfica de los gestos funcionales de subir (imagen superior) y bajar escaleras (imagen inferior) comparando ambas extremidades inferiores (gris oscuro - izquierda y gris claro - derecha) obtenidos en la 4.ª valoración funcional de la rodilla derecha (21/05/2015)





En dicha valoración únicamente se analizaron los gestos *funcionales de subir y bajar escaleras*, al tratarse de los únicos gestos que permanecían alterados en los estudios funcionales realizados previamente, obteniéndose unos resultados que traducían una evidente mejoría en la capacidad funcional del trabajador para llevarlos a cabo en comparación con los resultados obtenidos en los sucesivos estudios funcionales efectuados hasta ese momento, destacando la existencia de una “moderada repercusión funcional en la rodilla derecha derivada básicamente de una reducción en su ángulo máximo de flexión en ambos gestos, y unos momentos varizante y extensor de la rodilla derecha disminuidos en ambos gestos”, aunque el resultado funcional final fue superior al registrado en los estudios funcionales previamente realizados (86 % en el gesto de subir escaleras con la extremidad inferior derecha —en comparación con el 80 % registrado en el primer estudio funcional de la rodilla llevado a cabo— y un 80 % en el gesto de bajar escaleras con la extremidad inferior derecha —en comparación con el 71 % registrado en el primero de los estudios funcionales de la rodilla derecha que se realizó—).

Con objeto de valorar las posibilidades que podría tener el trabajador de reincorporarse a su actividad laboral previa —operario/instalador de telecomunicaciones—, se solicitó la realización de un *profesiograma* (9) que permitiera conocer con más detalle las tareas fundamentales de dicho puesto de trabajo y los requerimientos necesarios para su normal desarrollo, obteniéndose la siguiente información de utilidad:

- Horario comprendido de 09:00 a 18:00.
- De lunes a viernes.
- El tiempo total que debía permanecer en *bipedestación* suponía aproximadamente el 60 % de su jornada laboral, manteniendo durante ese tiempo todo tipo de posturas, destacando la posición de pie normal, de pie con brazos en extensión frontal, de pie inclinado y muy inclinado (entre el 25 y 50 %).
- Efectuaba tareas en las que debía permanecer *agachado* en posición normal alrededor de un 10 %, cuando tenía que recoger el cajetín que se encontraba en la arqueta o cámara subterránea.
- Los desplazamientos que tenía que realizar se llevaban a cabo en la vía pública, teniendo que *subir y bajar la escalera telescópica o las escaleras de acceso a la cámara subterránea*.
- Los objetos que tenía que manipular de forma habitual eran la máquina verificadora y la caja de herramientas.

A la vista de los resultados obtenidos en el último estudio funcional realizado, considerando la

mejoría progresiva registrada en la capacidad funcional del trabajador y teniendo en cuenta las tareas fundamentales de su actividad laboral habitual, se consideró finalizado el proceso patológico del trabajador, por entender que las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras estaban agotadas y que la situación funcional del trabajador estaba clínicamente estabilizada en ese momento, lo que condujo a emitir el correspondiente *alta laboral por curación con secuelas* (15 de junio de 2015), proponiendo a la Dirección Provincial del INSS (10, 11) que se le reconociera al trabajador una *incapacidad permanente parcial* derivada de las lesiones sufridas en el accidente de trabajo de junio de 2014, por considerar que las limitaciones funcionales objetivas que presentaba en ese momento —limitación en los grados finales del recorrido articular flexo-extensor de la rodilla, cierta debilidad muscular en las maniobras específicas contra resistencia y una moderada dificultad a la hora de realizar los gestos funcionales más exigentes para la rodilla (subir y bajar escaleras)— podrían dificultarle la realización de algunas de las tareas fundamentales de su actividad laboral habitual, recibándose posteriormente resolución emitida por la Dirección Provincial del INSS de Madrid (26 de agosto de 2015) por la que se calificaba al trabajador como afecto de una incapacidad permanente en grado de parcial, con derecho a percibir una indemnización a tanto alzado de 31.431,12 euros, permitiendo al trabajador reincorporarse a su actividad laboral previa.

Los gastos directos asociados al proceso patológico de origen laboral sufrido por el trabajador —incluyendo los gastos derivados del tratamiento médico-quirúrgico efectuado, las sesiones de rehabilitación proporcionadas, las pruebas complementarias realizadas (incluyendo las diferentes pruebas de valoración funcional efectuadas a lo largo del curso evolutivo de su proceso patológico) y los desplazamientos que precisó el trabajador, tanto para el tratamiento de rehabilitación, como a las consultas de control médico— ascendieron a 11.569,72 euros; por otro lado, los gastos indirectos asociados a dicho proceso patológico —derivados de su situación de incapacidad temporal y de la incapacidad permanente parcial que finalmente se le reconoció— ascendieron a 43.412,56 euros. Por lo tanto, el *gasto total asociado a la fractura compleja intraarticular de la meseta tibial externa de la rodilla derecha sufrida por el trabajador durante la realización de su actividad laboral fue de 54.982,28 euros*. Del total del gasto asociado a este proceso patológico, solo el 4,9 % del gasto correspondió a las pruebas funcionales efectuadas al trabajador y que sirvieron para objetivar su evolución clínica y la respuesta al tratamiento proporcionado.

DISCUSIÓN

La posibilidad de contar con pruebas biomecánicas de valoración funcional permite disponer de información objetiva de utilidad en el seguimiento evolutivo de diversas patologías de origen laboral, especialmente las que asientan sobre el aparato locomotor.

En este caso clínico, la realización de una valoración funcional seriada de la capacidad de deambulación de un trabajador y la valoración funcional evolutiva de su rodilla derecha, analizando gestos funcionales específicos, ha permitido definir objetivamente la repercusión funcional que el trabajador presentaba como consecuencia de la grave lesión sufrida a nivel de su rodilla derecha, tanto para valorar si dicha repercusión funcional podía ser subsidiaria del reconocimiento de algún tipo de secuela/limitación, como para plantear su compatibilidad para poder realizar las tareas fundamentales de su actividad laboral habitual.

La mejoría progresiva registrada en los diferentes gestos funcionales analizados a lo largo del proceso patológico de este trabajador permitió evidenciar una respuesta progresivamente

favorable al programa terapéutico proporcionado hasta la estabilización clínica de dicho proceso.

La obtención de forma complementaria de información de utilidad correspondiente a las tareas fundamentales de su actividad laboral, incluyendo las exigencias y/o requerimientos implícitos a dicho puesto de trabajo, contribuyó a plantear la conducta más adecuada desde un punto de vista clínico-laboral, lo que finalmente permitió la emisión de un alta laboral por curación con secuelas al entender que a pesar de las limitaciones funcionales objetivas existentes, el trabajador podía desempeñar las tareas fundamentales de su actividad laboral habitual como operario/instalador de telecomunicaciones.

Este *caso clínico* pone claramente en evidencia que las técnicas biomecánicas de valoración funcional pueden proporcionar información objetiva de utilidad para conocer con detalle la situación clínico-funcional de un trabajador accidentado y plantear las posibilidades de poder adaptarse a las exigencias derivadas de su ocupación laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Concejero, V. y Madrigal, J.M. “Fracturas de platillo tibial”, cap. 25, en *Traumatología de la rodilla*, Editorial Panamericana, Madrid, 2002, pp. 373-390.
2. Miralles Marrero, Rodrigo C. “Valoración del daño corporal en el aparato locomotor”, cap. 18, en *Traumatismos óseos de la rodilla*, editorial Masson, Barcelona, 2001, pp. 251-262.
3. Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.
4. *Sistema de valoración NedAMH/IBV*. Instituto de Biomecánica de Valencia. Manual del usuario.
5. Viladot Voegeli, A. y col. “Estudio de la marcha humana”, cap. 16, en *Lecciones básicas de biomecánica del aparato locomotor*, editorial Springer, Barcelona, 2001, pp. 243-259.
6. “El laboratorio de análisis de la marcha humana”, cap. 5, en *Biomecánica de la marcha humana normal y patológica*, Instituto de Biomecánica de Valencia, Publicaciones IBV, Valencia, 1999, pp. 333-378.
7. *Sistema de valoración NedRodilla/IBV*. Instituto de Biomecánica de Valencia. Manual del usuario.
8. Viladot Voegeli, A. y col. “Biomecánica de la rodilla”, cap. 13, en *Lecciones básicas de biomecánica del aparato locomotor*, editorial Springer, Barcelona, 2001, pp. 197-211.
9. Programa de análisis ocupacional. Fichas ocupacionales. IBERMUTUAMUR.
10. Artículo 150 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

11. Guía para el seguimiento de la gestión de la incapacidad, muerte y supervivencia. Publicada en el Portal del Empleado de Ibermutuamur, por la Dirección de Prestaciones Económicas.

* IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.

8. ENCRUCIJADA DE LA PERICIA MÉDICO-LEGAL EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

F. Sacristán Romero

1. DEMANDAS JUDICIALES CONTRA MÉDICOS

Hacia 1923, Lucas Championiere afirmaba que “el problema de la responsabilidad médica es cada día más grave y angustiante y preocupa con toda razón a todos los médicos”, añadiendo que “si no se quiere cortar la iniciativa benefactora que puede curar a los enfermos, interesa mucho proteger al médico honesto y consciente contra las persecuciones injustas”.

Esta aseveración resulta hoy, 94 años después, de una rabiosa actualidad, dado el elevado y cada vez más creciente número de demandas que se presentan en los tribunales contra profesionales de la medicina y contra las Administraciones sanitarias, habiéndose incrementado estas durante la década de los años ochenta y noventa del pasado siglo XX casi en progresión geométrica, lo que permitiría afirmar que nos encontramos ante una verdadera “litigation disease” (fiebre de las demandas), como la que afectó a la sociedad norteamericana tras la finalización de la Segunda Guerra Mundial y que todavía hoy no ha remitido.

Por lo que se refiere al número exacto de demandas contra médicos en España, pese a que no se dispone de datos estadísticos completos, se ha estimado por algunos estudiosos de esta particular cuestión que uno de cada cien facultativos es objeto de reclamación ante los tribunales (MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, 1994) (1), resultando sumamente elocuente en relación con la gravedad de las cifras y, sobre todo, con la evolución de las mismas, el hecho siguiente: entre 1970 y 1980 no llegaron a cincuenta las reclamaciones contra médicos, en tanto que solo en 1987 se produjeron 127 denuncias. Recuerda dicho autor que desde el año 1986, 1.275 de los 19.000 facultativos inscritos en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona sufrieron alguna reclamación relacionada con su práctica asistencial. Por otra parte, en una publicación posterior, Martínez-Pereda Rodríguez (1995) (2) recoge que en el año 1991 más de doscientos médicos del INSALUD fueron denunciados y que en 1992 el número de denuncias alcanzó a más de trescientos médicos. En Barcelona, según datos del Colegio Oficial de Médicos, que reproducen Pujol Robinat y Puig Bausili (3), las denuncias han ido aumentando progresivamente desde 1986, con 89 denuncias y 109 médicos denunciados, hasta llegar a 1991, con 305 denuncias y 436 médicos denunciados.

Ha de precisarse, no obstante, que las denuncias contra los médicos no se producen con carácter indiscriminado, sino que suelen tener una mayor incidencia sobre aquellas especialidades médicas, cuyo ejercicio implica un mayor número de riesgos. Atendiendo al número de casos que han llegado hasta el Tribunal Supremo, en vía penal, son los cirujanos los que presentan mayor número de casos (18,86 %), seguidos de los anestesistas (13,30 %) y de los ginecólogos (12,26 %), según Martínez Pereda (1995), cuyas cifras vienen a coincidir con las que se ofrecen en otros países del mundo occidental. Por el contrario, especialidades como la psiquiatría tienen una baja

incidencia, dando buena prueba de ello el hecho de que entre 1974 y 1978 solo un 0,3 % del total de demandas contra médicos en los Estados Unidos se presentaron contra psiquiatras (SLAWSON y GUGGENHEIN) (4).

En España, y en relación con la citada especialidad, señala Carrasco Gómez (5) que en la encuesta por él realizada, el 18,1 % de los psiquiatras habían tenido algún tipo de reclamación judicial, si bien la totalidad de las actuaciones judiciales terminaron con la absolución o archivadas. Pese al valor relativo que cabe asignarle a las cifras ofrecidas, puede afirmarse, en términos generales, que el índice de errores médicos producidos y que llegan a los tribunales es extraordinariamente bajo si se le compara con el altísimo número de actos médicos que a diario se llevan a cabo. Es muy posible, a pesar de que no deja de ser paradójico, que uno de los factores que inducen a la presentación de mayor número de demandas corre parejo con los avances de la medicina en general, dado el mayor riesgo que representan algunas técnicas incorporadas al quehacer del médico, y ello, sin llegar a compartir la afirmación de Ivan Illich (6), según el cual "la medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud". Por el contrario, estimamos que son otros muchos los factores que pueden influir a la hora de adoptar tal determinación, entre los que podríamos citar a los siguientes:

1. En primer término, y en consonancia con lo anterior, cabría mencionarse el cambio operado en el propio ejercicio profesional, que ha pasado de una situación intimista y casi familiar, representada por la figura del llamado "médico de cabecera", cuyas relaciones con el paciente reposaban sobre un principio de total confianza, a otra situación mucho más despersonalizada, coincidente con la construcción y desarrollo de la medicina hospitalaria, con los mayores conocimientos científicos y con el propio proceso de socialización de la medicina, cuyos avances técnicos han permitido una mayor eficacia en los medios diagnósticos y de tratamiento, no exentos de mayores riesgos, al ser notablemente más agresivos en algunos casos.

Por otra parte, un gran número de actos médicos se practican hoy en el seno de los hospitales, en los que el médico para el paciente suele ser en gran número de casos "un médico", no personalizado, existiendo por consiguiente un cierto alejamiento personal y una relación médico-paciente no basada en la confianza tradicional.

2. Desde otro punto de vista, el proceso de socialización de la medicina ha conducido a una cobertura sanitaria prácticamente completa de la población (no habiéndose acompañado siempre de un incremento proporcional de medios y de personal), lo que ha venido a provocar un extraordinario incremento del número absoluto de actos profesionales médicos realizados, con lo que cabe esperar un lógico incremento proporcional en el número de actividades profesionales generadoras de este tipo de demandas, que se vería incrementado aún más en aquellos supuestos de masificación del ejercicio profesional, la cual facilitaría la aparición de actos imprudentes o negligentes.
3. No resulta ajeno a todo lo anterior el hecho fácilmente comprobable del mayor desarrollo sociocultural, acompañado de un mayor nivel de "conocimientos"

médicos de la población en general, facilitada por campañas de difusión o de vulgarización de temas médicos a través de los más diversos medios de comunicación (televisión, radio, prensa, Internet).

4. También cabría citarse un cierto hedonismo que hoy y desde hace años impregna a la sociedad occidental, en la que puede apreciarse un claro rechazo al dolor y al sufrimiento, una menor pasividad ante el infortunio, no aceptándose algunos males, como en épocas pretéritas, como “designios del cielo” o “calamidades del destino”, proyectándose, en ocasiones, aquellos sentimientos bajo la forma de una manifiesta agresividad contra la profesión médica.

Como dice Martínez-Calcerrada (7), “frente a una tradicional atonía de entender que cualquier daño o mal producido era inevitable o se carecía de medios de defensa en pos de la reclamación frente al posible autor del mismo, se ha pasado a una situación totalmente contraria no solo de protección del damnificado, sino de la persuasión de este de reaccionar en cualquier caso ante ese resultado perjudicial y atribuirlo siempre a una suerte de mala práctica o actuación —la conocida *malpractice* del derecho sajón—, por parte del facultativo, quien, como ya acontece en otros países de nuestra órbita sociojurídica, adopta un sin fin de cautelas previas antes de decidirse a la intervención profesional demandada”.

5. A mayor abundamiento, los avances técnicos y los mayores conocimientos científicos, el mayor perfeccionamiento, en suma, de la medicina hacen que el enfermo considere su curación no solo como un derecho, que realmente lo es, sino que la curación ha de ser, además, completa y rápida. Si ello no se logra en los términos expresados, se interpreta en algunos casos como un fracaso del médico, debiendo este responder por ello. Como afirma el magistrado del Tribunal Supremo, Soto Nieto (8), “los supuestos en que un profesional sanitario puede verse implicado en su responsabilidad se acrecientan en proporción directa con el imparable progreso de la ciencia médica y la renovación incesante de sus técnicas”.
6. Por otra parte, el mercantilismo de nuestra época, el conocimiento a través de los medios de comunicación (en ocasiones con una difusión improporcionada) de los casos que llegan a los tribunales, en los que estos condenan al médico a reparar el daño causado mediante la correspondiente indemnización, y el conocimiento por parte del paciente de la existencia de pólizas de seguros que cubren la responsabilidad profesional del médico facilitarían igualmente la presentación de tales demandas judiciales, a lo que ha contribuido también la actitud equívoca y sobre todo comercial de algunos médicos. En este sentido, y a título anecdótico, baste citar que algunos médicos norteamericanos, en cuyo país las demandas de responsabilidad profesional alcanzan cotas verdaderamente alarmantes en algunos estados,

hacen constar en las antecelas de sus consultas que no tienen suscrita póliza de seguro, como medida determinante y altamente disuasoria para sus hoy pacientes y potenciales demandantes de mañana.

2. LA PERITACIÓN MÉDICO-LEGAL EN EL MARCO ACTUAL DEL SIGLO XXI

Una de las transformaciones que ha experimentado la medicina legal y forense en las últimas décadas, y sin duda la de mayor significación práctica, es la nueva dirección impresa al método médico-forense para alcanzar la verdad en su misión pericial.

Con arreglo a los moldes más clásicos, la peritación se reducía a una simple cuestión técnica que la autoridad judicial proponía al perito, limitándose la tarea de este a realizar una serie de investigaciones objetivas, de contenido exclusivamente médico, el resultado de las cuales era expuesto en el correspondiente informe y, tras valoración de los datos obtenidos, era concretado el juicio pericial en determinadas conclusiones, a menudo de carácter dubitativo.

Es fácil concebir que ante la escasez de elementos de juicio que se proporcionaba al perito, lo cual derivaba en gran parte de la propia insuficiencia normativa de su método de trabajo, los resultados no habrían de ser todo lo satisfactorios que la recta Administración de Justicia requería.

Pero la medicina legal y forense ha evolucionado ampliamente a este respecto, gracias a la incesante labor altruista de sus cultivadores, los que, no resignándose al anterior estado de cosas, dieron una orientación nueva al método pericial, en virtud de la cual la medicina legal y forense ha conseguido una mayor estimación y dignidad clínica, a la par que la peritación ha ganado en seguridad y precisión.

Estos nuevos rumbos han dado lugar también a una más estrecha colaboración entre jueces y peritos, beneficiándose enormemente con ello la labor pericial y la justicia, en tanto que proporcionan amplia y sólida base científica a los informes periciales.

El aspecto más destacado de esta orientación metodológica es, sin lugar a dudas, la valoración por el juicio pericial de las circunstancias extrínsecas de los hechos como complemento e integración de los datos objetivos. Esto ha creado, como afirma Dalla Volta (9), una semiótica nueva y uniforme, notablemente amplia y del todo específica de nuestra disciplina.

Estudiando el caso judicial con arreglo a la metodología de nueva orientación, las conclusiones del perito médico se fundarán, además de sobre datos de personal elaboración, sobre el conjunto de la resultante procesal, dejando de ser un juicio exclusivamente técnico y parcial, para convertirse en la amplia síntesis de un conjunto de elementos de juicio.

La investigación pericial ha salido, pues, de sus estrechos límites primitivos y las nuevas normas constituyentes de esta metodología propia deben ser consideradas como de estricta y exclusiva pertenencia médico-legal.

La utilidad de dicha orientación metodológica, que bien pudiera calificarse de pluridimensional, es ciertamente extraordinaria. Buena prueba de ello es que ha entrado en la práctica pericial médica en muchos países y, aunque se la designe de diferentes maneras, las directrices que se siguen vienen presididas por el mismo principio: abarcar la totalidad del complejo médico-legal, analizarlo y después condensarlo en síntesis unitaria.

En España, la primera y más firme representación de aquella metodología corresponde al profesor Guija Morales (10), que ha establecido la por él denominada metódica funcional de la peritación, por considerar, con muy acertado criterio, que el rendimiento de la capacidad pericial y su aprovechamiento por la justicia dependen en última instancia del nivel que alcance la "comprensión funcional del suceso", previa vitalización de sus partes y unidad conjunta.

Desde otro punto de vista, cabe señalar que la peritación médico-legal española tiene aspectos positivos encomiables y otros que, por el contrario, resultan ya un poco sobrepasados para la época actual. Y es lógico que nos ocupemos de esta faceta aplicativa de la medicina legal porque si el fin último de la medicina es curar, en el caso de la medicina legal y forense, su razón teleológica es peritar, es resolver los problemas prácticos que el juzgador plantea al perito médico.

Y si profundizamos más en el porqué de este fin, en la razón última de la obligación que todo médico tiene, llegado el caso, de auxiliar a la justicia actuando como perito en razón de sus conocimientos especiales de índole biológica, llegamos a su verdadera esencia social, que podría enunciarse diciendo que la medicina legal y forense es la salvaguarda de los derechos del hombre que vive en sociedad.

Pero a todo ello habría que añadir que, en el momento presente y desde hace años, la peritación médica ha adquirido una diversificación especializada o la creación de verdaderas subespecialidades, que superan netamente las posibilidades del médico perito, contemplado aisladamente.

O dicho de otra forma. Un médico perito capaz y perfectamente preparado, con los medios precisos y dedicado plena y exclusivamente a la medicina legal y forense, muy difícilmente podría abarcar todas aquellas subespecialidades con la efectividad deseable y exigible. Y ello, por razones obvias de tiempo e incluso de extensión de las distintas áreas integradas en la medicina legal actual.

Por otra parte, para que la peritación médica cumpla acertadamente los fines para los que fue concebida, ha de realizarse ajustándose a normas y principios que constituyen la metodología a que antes se hacía referencia.

Deberá tenerse presente que esta metodología difiere esencialmente de la que de ordinario se sigue en la práctica clínica, condicionado por múltiples y complejos factores, entre los que señalaremos los siguientes.

La buena disposición, la colaboración sin ánimo de engaño que es fácil observar en el ejercicio de la medicina clínica, difícilmente la encontraremos en la práctica pericial. En esta, por el contrario, tal como nos viene demostrando la práctica reiteradamente, observaremos con gran frecuencia la simulación de síntomas, síntomas mentidos o alegados, imitados e incluso provocados, que obedecen a intereses no legítimos, dificultando notablemente la actuación pericial.

Asimismo, habrá de tenerse en cuenta que, contrariamente a lo que ocurre en la práctica clínica, en la que se realiza una investigación directa sobre ciertos síntomas y signos presentes en el organismo enfermo, en materia pericial, cuando el perito médico interviene, ordinariamente el factor causal ha desaparecido, siendo su misión reconstruir el pasado a partir de ciertos hallazgos que fueron producidos por la causa provocadora, estableciendo después la obligada relación de causalidad. Se trata, en síntesis, de una investigación a posteriori, lo que conlleva una buena dosis de dificultad añadida.

Por otro lado, si bien en algunos casos el factor tiempo juega a favor del médico clínico, habida cuenta de que la evolución de los fenómenos mórbidos puede ayudarle a precisar el diagnóstico, el médico perito, en muchas ocasiones, tiene en contra aquel factor. Si se trata de un cadáver, porque habrá de evitarse la aparición de los fenómenos destructivos del mismo, que modificarían notablemente el cuadro necrópsico. Si la peritación recayese sobre un sujeto vivo, porque el tiempo haría variar el cuadro inicial, entorpeciendo grandemente la reconstrucción de las condiciones originales.

Otra de las diferencias entre el acto médico y el acto pericial es que el primero de ellos, en ocasiones, basta con suministrar una mera opinión, impresión u orientación clínico-diagnóstica, en tanto que el perito deberá justificar siempre el juicio que emite, apoyándolo en consideraciones científicas y en argumentaciones sólidas y racionalmente deducidas.

Consecuencia de lo últimamente consignado es que el médico perito terminará su actuación, no con el reconocimiento o examen del sujeto, sino que, por el contrario, aquella quedará plasmada o materializada en uno de los documentos médico-legales, para que así surta efectos ante los tribunales de justicia, ante quienes defenderá públicamente las conclusiones que haya elaborado.

El método médico-legal es, ciertamente, algo propio de la ciencia médica, a la que da su fisonomía específica. Por ello, su ignorancia, la falta de orientación da lugar a que eminentes clínicos, competentes especialistas, sean en la práctica muy mediocres peritos.

El buen perito, siguiendo a Gisbert Calabuig (11), resulta de la concurrencia de un conjunto de cualidades:

1. **Posesión de unas condiciones naturales que le marcan con un impulso vocacional y le hacen apto para la función pericial, entre las que se destacan:**
 1. *objetividad* para la interpretación de las pruebas materiales.
 2. *reflexión y sentido común* para reducir cualquier problema, aun el más complicado, a sus términos más simples.
 3. *juicio* para jerarquizar los hechos, subordinar lo secundario a lo principal y correlacionarlos entre sí como una rutina cotidiana.
 4. *prudencia* en la elaboración de los dictámenes y, sobre todo, en la formulación de las conclusiones. Como aconsejaban los antiguos tratadistas, el perito debe saber dudar; desconfiar de los signos patognomónicos, pues tanto valor tienen en medicina legal la excepción como la regla; defenderse de todo dogmatismo; no aceptar como verdad más que aquello que es admitido y aprobado por todos los magisterios; no creer en la infalibilidad de la técnica; y poseer una dosis moderada de escepticismo que, siendo compatible con la eficacia en la labor, permita un sentido crítico de nuestra misión. Como decía Brouardel, “la calidad mayor que debe tener el perito no es la extensión de sus conocimientos, sino la noción exacta de lo que sabe y de lo que ignora”.

5. *imparcialidad* derivada de su formación científica que debe traslucirse en el contenido de sus informes. El médico perito no es en ningún caso perito de las partes, sino de la verdad. Expresará su opinión con tacto, prescindiendo de los epítetos y de los adverbios que den al pensamiento un carácter apasionado, poco adecuado para este tipo de actuaciones.
 6. *veracidad* que deberá prevalecer siempre, cualesquiera que sean las consecuencias jurídicas y sociales que se deriven de ella.
2. Formación básica médica, teórica y práctica, así como de las demás ciencias biológicas, cuyo conjunto constituye el vasto dominio de la medicina legal.
 3. Conocimientos jurídicos, que le permitan captar exactamente el sentido de las misiones que le sean encomendadas y el alcance de las conclusiones que aporte en sus informes. Señala Palmieri (12) al respecto que para ser un buen médico forense es necesario ser, indudablemente, un buen médico, pero esto no basta. Es necesario, además, adquirir una sólida mentalidad jurídica y acertar a repensar jurídicamente los hechos biológicos que han sido adquiridos con la investigación clínica. No se puede ser un buen perito —agrega—, sin ser un buen médico, pero se puede ser un magnífico clínico y un perito mediocre.

Por el contrario, las tres taras psíquicas incompatibles con la misión del perito médico, según Simonin (13), son las siguientes: el orgullo que ciega, la ignorancia, que no hace dudar de nada, y la deshonestidad, que envilece y degrada.

Por lo que hace referencia a la primera de ellas, no nos resistimos a reproducir las opiniones del profesor Royo-Villanova (14), en torno al divismo pericial en medicina forense, cuando afirmaba que “en las actividades y actuaciones de que hablamos, como en cualquier otra, hay divos encopetados que, ante el público, viven pendientes de sus aplausos, de su lisonja, como si fuera una claque, por desatinadas, ridículas, mezquinas que sean tales expresiones, pero no por eso dejan de ser agradables. Subidos en el pedestal de su engañosa gloria, corrompidos en él, sostenidos por pies de barro, viven con plena entrega al exhibicionismo, en la continua avidez y desazón de su aparatoso orgullo, de su espectacular vanidad. Con ánimo ávido y encendido, deseosos de sobresalir, de descollar, viven estos peritos, estos superperitos, víctimas de su alocada soberbia, carga más que aureola de las pequeñas grandezas humanas, que exige una continua tensión del espíritu y esfuerzos cotidianos para superar a los demás. Esta egorragia, achaque frecuente, muy extendido, exclusivo de los seres humanos, lo sería especialmente entre los doctos, dado que el orgullo, casi inseparable de la sabiduría humana, constituye la mayor pesadumbre, el más terrible enemigo del sabio, su más grave pecado. Los sabios a que nos referimos, vanamente orgullosos de su insegura y pobre ciencia, ávidos de honores y alabanzas, engreídos por la reputación de que gozan en la boca de los aduladores, solo se interesan por las vanas apariencias. Lo que les importa es la reverencia de los demás y no la crítica de los entendidos. Los honores espectaculares más que la verdadera estimación de las inteligencias honestas; las alabanzas de los simples, aunque sean exageradas, aunque suenen a hueco, aunque sean falsas, más que la consideración de los verdaderos sabios”.

Respecto al marco normativo, en el ámbito penal, la peritación médica viene regulada en los artículos 456 al 485 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, los cuales, entre otros aspectos, contemplan la existencia de peritos titulares o no titulares, el procedimiento en el nombramiento

de los peritos, las incompatibilidades para el desempeño del cargo, las causas de recusación, los honorarios a percibir por los peritos y el contenido o estructura del informe pericial.

En el ámbito civil, el dictamen de los peritos y su regulación, vienen recogidos en los artículos 335 al 352 de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil (15). Dicho articulado, que se resume en la tabla 1, recoge de forma pormenorizada diferentes aspectos de la prueba pericial. Asimismo, la Ley de Enjuiciamiento Civil se ocupa de la recusación de los peritos en los artículos 124 al 128 ([tabla 2](#)).

Tabla 1

LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL DEL DICTAMEN DE PERITOS	
Art. 335	Objeto y finalidad del dictamen de peritos. Juramento o promesa de actuar con objetividad.
Art. 336	Aportación con la demanda y la contestación de dictámenes elaborados por peritos designados por las partes.
Art. 337	Anuncio de dictámenes cuando no se puedan aportar con la demanda o con la contestación. Aportación posterior.
Art. 338	Aportación de dictámenes en función de actuaciones procesales posteriores a la demanda. Solicitud de intervención de los peritos en el juicio o vista.
Art. 339	Solicitud de designación de peritos por el tribunal y resolución judicial sobre dicha solicitud. Designación de peritos por el tribunal, sin instancia de parte.
Art. 340	Condiciones de los peritos.
Art. 341	Procedimiento para la designación judicial de perito.
Art. 342	Llamamiento al perito designado, aceptación y nombramiento. Provisión de fondos.
Art. 343	Tachas de los peritos. Tiempo y forma de las tachas.
Art. 344	Contradicción y valoración de la tacha. Sanción en caso de tacha temeraria o desleal.
Art. 345	Operaciones periciales y posible intervención de las partes en ellas.
Art. 346	Emisión y ratificación del dictamen por el perito que el tribunal designe.
Art. 347	Posible actuación de los peritos en el juicio o en la vista.
Art. 348	Valoración del dictamen pericial.
Art. 349	Cotejo de letras.
Art. 350	Documentos indubitados o cuerpo de escritura para el cotejo.

Art. 351	Producción y valoración del dictamen sobre el cotejo de letras.
Art. 352	Otros dictámenes periciales instrumentales de pruebas distintas.

Tabla 2

LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL DE LA RECUSACIÓN DE LOS PERITOS	
Art. 124	Ámbito de la recusación de los peritos.
Art. 125	Forma de proponer la recusación de los peritos.
Art. 126	Admisión del escrito de recusación.
Art. 127	Sustanciación y decisión del incidente de recusación.
Art. 128	Costas.

Pese a que el estudio de la prueba pericial en la Ley de Enjuiciamiento Civil escapa del marco asignado a esta comunicación, requiriendo un estudio pormenorizado y en extensión, se estima necesario resaltar algunos aspectos del nuevo marco normativo en el que tendrá que desarrollar su actividad profesional el perito.

Probablemente sea el dictamen de peritos el medio de prueba cuya fisonomía más ha cambiado con la Ley de Enjuiciamiento Civil, cuyas principales novedades afectan, por una parte, al procedimiento y, por otra, a la consideración del dictamen elaborado por peritos designados por las partes, como prueba a todos los efectos (ESPARZA) (16). El perito o experto, en opinión del precitado autor, es una persona en la que necesariamente deben concurrir las siguientes tres circunstancias: ser un tercero procesal, es decir, una persona ajena al proceso concreto en el que intervendrá; ser una persona que posea, por formación reglada o fruto de la experiencia, conocimientos especializados, científicos, artísticos, técnicos o prácticos; ser una persona que voluntariamente acepte incorporar dichos conocimientos al proceso, aplicándolos al objeto de la prueba.

Señala el artículo 340.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que “los peritos deberán poseer el título oficial que corresponda a la materia objeto del dictamen y a la naturaleza de este”.

Mucho se ha discutido en los últimos meses y en diferentes ámbitos acerca de las cualidades o de los requisitos que habrían de poseer los peritos médicos en sus actuaciones profesionales y mucho se ha debatido también en relación con algunas sentencias aparecidas en estos últimos meses. Es conocida la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional en relación con el dictamen pericial emitido por un experto en valoración del daño corporal, en el caso del fallecimiento de una paciente en un hospital por una septicemia secundaria a un absceso retroperitoneal, del que “no consta que tenga la suficiencia técnica ni la experiencia que da ser un médico especialista”.

Otras resoluciones judiciales más recientes, como las dictadas por el Juzgado de lo Penal número 2 de Gijón o por la Audiencia Provincial de Oviedo, han hecho prevalecer las opiniones de médicos con la misma especialidad clínica sobre las opiniones emitidas por los médicos forenses que intervinieron en aquellos casos de supuesta mala praxis profesional. Sin poner en duda el rigor y

la veracidad de los informes periciales emitidos por unos y otros, al desconocer el contenido de los mismos, parece que los jueces y tribunales comienzan a cuestionar el papel de los peritos médicos por antonomasia, que no son otros que los médicos forenses y los médicos especialistas en medicina legal y forense, anteponiendo las opiniones de otros médicos especialistas en la materia objeto de examen.

Pese a que del sentido literal del párrafo antes reproducido del artículo 340.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, no se desprende que el perito médico deba tener la misma especialidad que el profesional que hubiere sufrido una demanda por supuesta mala praxis profesional, ha de reconocerse que, en algunos casos, sería necesario y hasta indispensable contar con la opinión de un médico especialista en la misma materia clínica para poder dilucidar tal o cual cuestión, eminentemente las de carácter técnico. El informe pericial en estos casos debería ser emitido de forma conjunta por un profesional de la especialidad clínica y por un médico forense o médico especialista en medicina legal y forense. Estamos convencidos, por otra parte, que el pleno desarrollo de los institutos de medicina legal, con la incorporación en su caso de especialidades de carácter clínico, podría facilitar la realización de tales dictámenes.

No obstante lo anterior, ha de tomarse también en consideración que en muchos casos de denuncias por mala praxis profesional, lo que está en litigio no suele ser un problema de correcta ejecución de una técnica, ni tampoco el nivel de conocimientos que tuviera el profesional implicado, sino el nivel de diligencia con el que se aplicó aquella técnica o si se pusieron a disposición del paciente, en el momento preciso, todos los medios necesarios, dentro de los disponibles, para conseguir su curación.

No estamos de acuerdo en que para hacer una valoración de esta naturaleza sea exigible siempre estar en posesión del correspondiente título de la especialidad clínica, bastando en no pocas ocasiones, y con ello no pretendemos trivializar la prueba pericial, con la capacitación que otorga el título de licenciado en Medicina. Y decimos esto, a pesar de no compartir el criterio respecto a que el médico forense o el médico especialista en medicina legal y forense sea experto en todo, incurriéndose así en el denominado síndrome de Leonardo da Vinci, descrito por el profesor Fiori (17). Pero ¿es necesario ser médico especialista en cirugía del aparato digestivo para saber que ante un síndrome abdominal agudo no se pueden prescribir morfínicos o potentes analgésicos?, ¿es necesario ser médico especialista en obstetricia y ginecología para saber que una taquicardia fetal, registrada en un cardiotocograma durante el parto, acompañada de la expulsión de meconio, requiere de una actuación diligente para evitar posibles lesiones en el feto?

Desde otro punto de vista, y por lo que se refiere al artículo 340.2, se reconoce la posibilidad de solicitar dictamen pericial a personas jurídicas legalmente habilitadas para ello, como pudieran serlo las academias de medicina, los colegios oficiales de médicos, las sociedades científicas, etcétera. Resulta totalmente esclarecedor el contenido del artículo 340.3, ya que la institución a la que se encargue el dictamen expresará a la mayor brevedad qué persona o personas se encargarán directamente de prepararlo. Se rompe así la interpretación que de antiguo se venía haciendo respecto de los dictámenes elaborados por algunas de aquellas instituciones, en el sentido de tratarse de un dictamen o informe de carácter corporativo. Si bien es cierto que la solicitud del dictamen se puede realizar a una persona jurídica (colegios oficiales, academias, etc.), la ejecución material del mismo corresponderá siempre a una persona física.

Resaltar, finalmente como epílogo a este epígrafe, el carácter supletorio de la Ley de Enjuiciamiento Civil que, en su artículo 4, señala lo siguiente: "En defecto de disposiciones en las

leyes que regulan los procesos penales, contencioso-administrativos, laborales y militares, serán de aplicación, a todos ellos, los preceptos de la presente ley”.

Por lo que hace referencia al tema objeto de esta comunicación, y dado que en la Ley de Enjuiciamiento Criminal no existe norma alguna acerca del procedimiento para la designación judicial de perito, el artículo 341 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que se ocupa de tal cuestión, resultará de aplicación también en el orden procesal penal. El citado artículo dispone lo siguiente:

“Art. 341.1. En el mes de enero de cada año se interesará de los distintos colegios profesionales o, en su defecto, de entidades análogas, así como de las academias e instituciones culturales y científicas a que se refiere el apartado segundo del artículo anterior el envío de una lista de colegiados o asociados dispuestos a actuar como peritos. La primera designación de cada lista se efectuará por sorteo realizado en presencia del secretario judicial, y a partir de ella se efectuarán las siguientes designaciones por orden correlativo”.

3. EL INFORME PERICIAL MÉDICO EN LOS CASOS DE RESPONSABILIDAD

El artículo 478 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, cuando se refiere al informe pericial, señala que este comprenderá, si fuere posible:

- 1. Descripción de la persona o cosa que sea objeto del mismo, en el estado o modo en que se halle. El secretario extenderá esta descripción, dictándola los peritos y suscribiéndola todos los concurrentes.**
- 2. Relación detallada de todas las operaciones practicadas por los peritos y de su resultado, extendida y autorizada en la misma forma que la anterior.**
- 3. Las conclusiones que en vista de tales datos formulen los peritos, conforme a los principios y reglas de su ciencia o arte.**

Por su parte, el artículo 485 de la misma ley señala que “el juez facilitará a los peritos los medios materiales necesarios para practicar la diligencia que les encomiende, reclamándolos de la Administración pública, o dirigiendo a la autoridad correspondiente un aviso previo si existiesen preparados para tal objeto, salvo lo dispuesto especialmente en el artículo 362”.

La Ley de Enjuiciamiento Civil contempla en su artículo 345, la posibilidad de practicar operaciones periciales que requieran el reconocimiento de lugares, objetos o personas, en cuyo caso las partes y sus defensores podrán, únicamente, estar presentes, “si con ello no se impide o estorba la labor del perito y se puede garantizar el acierto e imparcialidad del dictamen”, correspondiendo al tribunal decidir lo que proceda en cada caso.

Tal como recoge el artículo 346, que se ocupa de la emisión y ratificación del dictamen, “el perito que el tribunal designe emitirá por escrito su dictamen, que hará llegar al tribunal en el plazo que se le haya señalado. De dicho dictamen se dará traslado a las partes por si consideran necesario que el perito concurra al juicio o a la vista a los efectos de que aporte las aclaraciones o explicaciones que sean oportunas. El tribunal podrá acordar, en todo caso, mediante providencia, que considera necesaria la presencia del perito en el juicio o la vista para comprender y valorar mejor el dictamen realizado”.

Es necesario tener presente que, de conformidad con lo previsto en el artículo 347 de la mencionada ley, los peritos tendrán en el juicio o en la vista la intervención solicitada por las partes que el tribunal admita, pudiendo pedir las partes y sus defensores:

1. **Exposición completa del dictamen, cuando esa exposición requiera la realización de otras operaciones, complementarias del escrito aportado, mediante el empleo de los documentos, materiales y otros elementos a que se refiere el apartado segundo del artículo 336 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.**
2. **Explicación del dictamen o de alguno o algunos de sus puntos, cuyo significado no se considerase suficientemente expresivo a los efectos de la prueba.**
3. **Respuestas a preguntas y objeciones sobre método, premisas y conclusiones, en lo que concierne directamente al dictamen.**
4. **Respuestas a solicitudes de ampliación del dictamen a otros puntos conexos, por si pudiera llevarse a cabo en el mismo acto y a efectos, en cualquier caso, de conocer la opinión del perito sobre la posibilidad y utilidad de la ampliación, así como del plazo necesario para llevarla a cabo.**
5. **Crítica del dictamen de que se trate por el perito de la parte contraria.**
6. **Formulación de las tachas que pudieren afectar al perito.**

Continúa el citado artículo 347, contemplando la posibilidad que “el tribunal podrá también formular preguntas a los peritos y requerir de ellos explicaciones sobre lo que sea objeto del dictamen aportado, pero sin poder acordar, de oficio, que se amplíe, salvo que se trate de peritos designados de oficio conforme a lo dispuesto en el apartado quinto del artículo 339”.

El informe pericial es uno de los documentos médico-legales en el que el perito médico, de forma escrita, plasma o materializa su actuación profesional, no bastando con suministrar una mera opinión u orientación, sino que deberá justificar siempre el juicio que emite, apoyándolo en consideraciones científicas y en argumentaciones sólidas y racionalmente deducidas. Dicho informe puede ser emitido a instancia de particulares o bien por acuerdo adoptado por un tribunal.

Este documento médico-legal, según López Gómez y Gisbert Calabuig (18), quedaría estructurado en las siguientes partes: preámbulo; relación y descripción de los objetos acerca de los cuales debe emitirse el informe; operaciones practicadas; valoración; conclusiones; fórmula final.

Si bien debe considerarse que la estructura o esquema anterior es válido, en general, para la emisión de un informe pericial, en la práctica, en los casos en los que la peritación recae sobre un supuesto de responsabilidad médica, se introducen ligeras variaciones en aquel para ajustarse mejor a dichos casos, los cuales pueden recaer tanto sobre un sujeto vivo como sobre un cadáver. En síntesis, se estructuraría el informe pericial en las partes siguientes: preámbulo, parte expositiva, parte valorativa, conclusiones y fórmula final.

En cuanto al preámbulo, se iniciaría con el nombre o nombres de los peritos intervinientes, haciendo constar sus títulos y demás datos de carácter personal (DNI, domicilio a efectos de notificaciones, etc.), así como el objeto del mismo y la autoridad o persona que solicita el informe.

En el preámbulo, se estima conveniente proceder a la actualización de fórmulas que se han venido

utilizando tradicionalmente (“...tiene el honor de emitir el presente dictamen...”), sustituyéndolas por la redacción que ofrece el artículo 335.2 de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil.

En este sentido, tras la exposición de los datos anteriormente mencionados, se consignará que, bajo juramento o promesa de decir verdad, ha 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, y que conoce las sanciones penales en las que podría incurrir si incumpliere su deber como profesional perito.

En lo referente a la parte expositiva, se daría comienzo a esta parte del informe con la elaboración de una relación pormenorizada de toda aquella documentación que se hubiera facilitado para su elaboración. Entre aquella documentación se deberá contar con la historia clínica completa, así como otros informes médicos disponibles, junto a otros documentos, no estrictamente médicos, como pudieran serlo las declaraciones de testigos o del personal sanitario, si las hubiere.

Huelga señalar que, tratándose de una peritación sobre un supuesto de mala praxis profesional, la documentación obrante en la historia clínica resultará de primordial importancia, debiéndose recordar en este punto, en orden a la consecución de la misma, que la Ley General de Sanidad (19), en su artículo 61, establece que la historia clínica “estará a disposición de los enfermos”. Asimismo, por ejemplo, la Ley de Salud de Andalucía (20) también reconoce en su artículo 6 el derecho de los pacientes “al acceso a su historia clínica”.

Por lo que hace referencia a la exposición de la historia clínica, se efectuará siguiendo el orden cronológico de los hechos, reseñando en cada día un resumen de lo que fueron las actividades asistenciales, con expresión de la hora en que se produjeron cada una de ellas, si así consta en la documentación disponible. Es necesario recordar que se debe recoger la totalidad de los datos que figuren en la diversa documentación clínica, tales como hojas de evolución clínica, órdenes de tratamiento, hojas de enfermería, gráficas, resultados analíticos, radiografías, etcétera, incluyéndolos en la fecha y hora correspondientes, lo que nos permitirá, no solo rehacer la historia clínica, sino establecer una correlación rigurosa de todos los datos clínicos disponibles.

Sin embargo, llegados a este extremo, es necesario tomar en consideración que en la inmensa mayoría de las ocasiones la historia clínica llega totalmente desordenada. Una primera labor irá encaminada a la ordenación cronológica de toda la documentación clínica, lo que va a requerir no escaso esfuerzo, máxime si se toma en consideración que para cada día y en cada hora habremos de ir reflejando los datos y comentarios que figuren en los diferentes documentos a que antes se aludía.

Si bien este procedimiento puede llevarse a cabo de forma manual, en el sentido literal del término, resulta aconsejable, al menos para obtener una guía o borrador, el empleo de algún programa informático que permitiera, tras la introducción de los datos, su automática reordenación. En este sentido, el uso de una hoja del Microsoft Excel proporciona unos buenos resultados.

Habrán casos en los que la parte expositiva finalizará con el resumen de la historia clínica, si bien en otros el epílogo lo constituirán los resultados de la autopsia (clínica o médico-forense) que se hubiese practicado.

En otras ocasiones, cuando el paciente supuestamente perjudicado por una mala praxis profesional estuviere vivo, resultará obligado su reconocimiento por parte del perito, debiendo

reflejarse en el informe el estado actual del perjudicado. En este apartado se hará constar el resultado de las exploraciones realizadas, así como los de todos los procedimientos diagnósticos de carácter complementario que se hubieren aplicado. Consecuencia lógica de lo anterior resultará la consignación de aquellas lesiones o defectos que pudieran ser secuelas.

En lo que concierne a la parte valorativa, constituye la parte fundamental del informe pericial y, como ya se ha indicado anteriormente, no basta con emitir una mera opinión o impresión sobre los hechos, sino que deberá justificarse de forma razonada el juicio que se emite, apoyándolo en consideraciones científicas y en argumentaciones sólidas y racionalmente deducidas.

Como apunta Esparza Leibar (21), "la elaboración del dictamen exigirá, para su sostenibilidad posterior, una actividad interna del propio perito, un razonamiento u operación intelectual y lógica del sujeto que le llevará, aplicando una metodología rigurosa, a alcanzar un resultado en relación con el objeto que ha sido sometido a su pericia. Dicho dictamen deberá ser evidentemente entendido en el sentido común del término, motivado o fundamentado, de tal forma que deberá ser posible para el experto explicar los motivos y razonamientos que le han llevado a concluir en determinado sentido, a la vez que responder a las preguntas a las que eventualmente será sometido".

Recayendo la peritación sobre un supuesto de mala praxis profesional resultará obligado poner de manifiesto la existencia de una falta médica que suponga una infracción del deber objetivo de cuidado en la actuación profesional que se hubiere practicado, determinando, asimismo, la naturaleza y el alcance del perjuicio ocasionado, para finalizar estableciendo el correspondiente nexo o relación de causalidad entre la falta cometida y el perjuicio originado.

Hemos de recordar en estos momentos que la labor pericial del médico, siempre difícil, llega a alcanzar cotas de una extraordinaria gravedad cuando aquella incide en temas de responsabilidad profesional, especialmente, por su trascendencia, los planteados en el ámbito penal.

La prudencia, la objetividad y el rigor, que de ordinario deben acompañar a la actuación pericial médica, se ven notablemente acrecentados en estos casos, dada la presencia, siempre constante, del factor biológico como causa modificadora del nivel de respuesta en cada caso, lo que equivale en la práctica a un análisis individualizado, sin que puedan dictarse pautas de carácter global que pudieran ser aplicables a la generalidad de los casos.

La valoración de cada acto médico concreto implica una evaluación de todas las circunstancias de tiempo, de lugar y de medios en que se hubiese encontrado el profesional cuya actuación es objeto de discusión. No sería correcto formular evaluación alguna, tomando en consideración datos concluyentes sobre la resolución de aquel caso, pero que sobrevinieron con posterioridad y el profesional, al tiempo de su actuación, no disponía ni podía haber dispuesto de aquellos. Necesario es analizar las circunstancias en que se encontraba el propio profesional, teniendo en cuenta, no solo los medios a su disposición justo en el momento de prestar la asistencia, sino también la mayor o menor complejidad que pudiera haber ofrecido el cuadro clínico. Somos conscientes que, sabedores con exactitud de cuál fue el resultado final, lo que acontece siempre a posteriori, es fácil dar respuesta a lo que hubiese sido la conducta más acertada.

Sin embargo, nuestra actuación pericial debe tomar en consideración las circunstancias concurrentes al tiempo mismo de haberse prestado la asistencia, viendo si esta se llevó a cabo o no con la oportuna diligencia y analizando, sobre todo, si se aplicaron o pusieron a disposición del

paciente todos los medios de que disponía o pudo haber dispuesto el médico al tiempo de prestar aquella, para poder llegar a un diagnóstico y/o tratamiento precisos, que colocaran al paciente en el camino adecuado para obtener su curación, aunque de hecho, en muchos casos, esta no sea alcanzable.

En este sentido, cabe recordar que, en el momento de valorar la conducta de un profesional, no puede el perito médico entrar en el terreno de lo que pudiéramos denominar como "guerra de escuelas", ni menos aún en el terreno de las hipótesis, como tampoco sería exigible al médico "lo último" que se hubiera descrito como tratamiento para tal o cual proceso, aunque sí es exigible una actualización de sus conocimientos profesionales. Ha de tenerse presente que el médico, en la faceta asistencial, primariamente no investiga ni experimenta, limitándose a aplicar sus conocimientos para la resolución de los problemas clínicos planteados. Ante estas consideraciones podríamos afirmar que el mínimo exigible al nivel de sus conocimientos debe alcanzar a lo comúnmente admitido por la generalidad de los profesionales.

Pero, además, aquellos conocimientos y el saber hacer implican que deben ser aplicados con la necesaria y debida diligencia en cada caso, decidiendo cuál ha de ser su actuación más idónea respecto de cada paciente, evitando comportamientos o conductas que pudieran ser consideradas como omisivas, intempestivas o tardías, las cuales resultarían siempre censurables. La dedicación y el amor a la profesión, la entrega sin reservas a lo que se hace, conducirán, a no dudarlo, a encontrar los límites de lo que podría considerarse como una actuación diligente.

No parece quedar duda alguna de que cuando se tiene interés por lo que se está haciendo, y en el ejercicio profesional médico se está obligado a ello, la atención plena del médico debe estar polarizada exclusivamente hacia aquella actividad, evitándose así distracciones, ausencias o insuficiencias, que constituyen la base sobre la que se asientan un buen número de demandas.

A aquel grado de conocimiento o saber, y también al saber hacer lo más adecuado en cada caso, se llega a través del continuo esfuerzo para mejorar el nivel de formación profesional mediante el trabajo y el estudio, exigible en la profesión médica, no solo desde el punto de vista legal, sino también desde sus aspectos deontológicos. Puede afirmarse que el aprendizaje y el perfeccionamiento profesional en el médico deben ser de carácter permanente, siéndole exigible también un continuo deber de estudio.

Pero, aun así, como ha sido reconocido en reiterada jurisprudencia, no le es exigible, por el contrario, la infalibilidad. El error es siempre posible e incidirá, fundamentalmente, en aquellos casos particulares que revistan una mayor dificultad o complejidad. El error será fácilmente evidenciable en aquellos supuestos en los que el médico sigue unas pautas de comportamiento que la mayoría de sus colegas no habrían aplicado en aquel caso o, por el contrario, ha omitido en su valoración clínica aquellos conocimientos y/o medios técnicos que la mayoría de sus colegas hubiesen puesto en práctica. La situación extrema de lo que venimos analizando en este punto vendría configurada por el hecho de que con su conducta el médico pusiese de manifiesto una falta de aplicación de conocimientos de carácter general o un defecto del mínimo de habilidad o de destreza en la aplicación de medios materiales o instrumentales.

Queda claro también, por lo que hace referencia a los problemas médicos que revisten una mayor dificultad o complejidad, que el nivel exigible al médico estará en función del mayor o menor grado de especialización de este y a la mayor o menor disponibilidad de medios en uno y otro caso. Ante un determinado cuadro clínico, no se puede esperar un mismo nivel de respuesta del

médico general que ejerce la profesión en un medio rural, de la que debería y tendría que ofrecer un médico especialista en un hospital que contase con suficientes medios personales y materiales.

Señalemos, finalmente, que, en muchos casos de la práctica, las dificultades a la hora de valorar la actuación profesional de un médico podrán verse acrecentadas por el extenso número de circunstancias variables que pueden concurrir en un caso dado, siendo nuestra obligación, como peritos, la de poner estas de manifiesto, a la vez que argumentar los motivos por lo que no podemos formular una valoración resolutoria. Estos son, probablemente, los casos más difíciles que nos pueden llegar, pero los que ennoblecen aún más a la prueba pericial médica, sin que pueda considerarse que nuestro pronunciamiento forma parte de la denominada "conspiración de silencio", que parece tejerse tras toda demanda por una supuesta mala praxis profesional.

La prueba pericial médica, en estos como en tantos otros casos, aparece como garantía social, debiendo huir siempre de un corporativismo o compañerismo mal entendido. Esto no obsta para que, como ya hemos expresado en otras ocasiones (DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ y ROMERO PALANCO) [22, 23, 24], ante aquellas especiales circunstancias y dificultades, la reserva se impondrá las más de las veces sobre cualquier pronunciamiento rotundo. Por otra parte, y por lo que concierne a la responsabilidad que asumimos desde la disciplina que cultivamos —la medicina legal y forense—, hacia la formación integral del médico, entendemos que la mayoría de las demandas en materia de responsabilidad profesional no se hubiesen planteado si los profesionales hubiesen sido conocedores de la medida precisa de sus obligaciones, legales y deontológicas, así como de los límites de sus poderes y de sus derechos.

Señalemos, finalmente, que en esta parte valorativa habría que consignar claramente la naturaleza del daño o perjuicio causado, así como su evaluación. En el supuesto de que la actividad pericial recayese sobre un sujeto vivo, habría que analizar de forma pormenorizada todos aquellos aspectos o datos que, de forma habitual, se hacen constar en el parte o informe de sanidad, incluyendo el número de días transcurridos hasta conseguir la curación, el número de días que precisó tratamiento, la naturaleza de esta, el número de días en que estuvo incapacitado para sus ocupaciones habituales, así como la concurrencia de circunstancias que hubieran podido influir en la evolución de las lesiones. De existir secuelas, habría que describirlas, señalando, igualmente, las repercusiones que las mismas pudieran tener sobre su capacidad laboral o sobre su entorno familiar y/o social.

A efectos de facilitar el establecimiento de la cuantía de la indemnización en su caso, y a falta de un baremo específico para evaluar las secuelas en supuestos de mala praxis profesional, lo cual es reclamado cada vez con mayor insistencia por algunos sectores, podrá ofrecerse el resultado de aplicar otros baremos, específicos de otros ámbitos, como pudiera serlo el anexo a la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (BOE, 9 de noviembre de 1995) u otros.

Por último, el apartado de conclusiones resultará del razonamiento seguido en la parte valorativa, resaltándose, en los supuestos de mala praxis profesional, lo que más interesa al juzgador, que no es otra cosa que la demostración de la falta médica que supuso una infracción del deber objetivo de cuidado, la naturaleza y extensión del perjuicio ocasionado y la relación de causalidad entre ambos.

Como datos adicionales, en algunos casos, deberán señalarse los que figuran habitualmente en los partes de sanidad, a los que antes aludíamos, así como las secuelas que hubieran podido

originarse, con su valoración correspondiente.

En lo que afecta a la fórmula final, se dará fin al informe escrito con cualquiera de las fórmulas al uso, seguido de la fecha en que se emite el dictamen y de la firma del autor o autores. Estimamos recomendable que la totalidad de las páginas de que consta el informe vayan rubricadas o firmadas por el autor o autores del mismo.

Señalar que tras la firma se pueden aportar como anexos algunos de los documentos que constan en la historia clínica, especialmente aquellos que podrían resultar esclarecedores de tal o cual cuestión en relación con el caso objeto de estudio.

Igualmente, se podrá ofrecer como anexo la bibliografía que hubiese sido consultada y consignada en el informe, no existiendo inconveniente alguno en que la misma se pudiera ofrecer, alternativamente, como notas a pie de página a lo largo del texto que integra el dictamen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Pereda Rodríguez, J.M. *La responsabilidad penal del médico y del sanitario*, 2.^a edición, Madrid, editorial Colex, 1994.
2. Martínez-Pereda Rodríguez, J.M. *La responsabilidad civil y penal del anestesista*, Granada, editorial Comares, 1995.
3. Pujol Robinat, A. y Puig Bausili, L. “La medicina forense ante las denuncias por malpraxis médica”, *El Médico*, 612(1996), pp. 40-51.
4. Slawson, P.F. y Guggenheim, F.G. “Psychiatric malpractice: A review of the national loss experience”, *Amer. J. Psychiat.*, 141(1984), pp. 979-981.
5. Carrasco Gómez, J.J. *Responsabilidad médica y Psiquiatría*, Madrid, editorial Colex, 1990.
6. Illich, I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barcelona, Barral Editorial, 1975.
7. Martínez Calcerrada, L. *La responsabilidad civil médico-sanitaria*, Madrid, Editorial Tecnos, 1992.
8. Soto Nieto, F. “Daños derivados de negligencia médica. Tendencia progresiva hacia el establecimiento de un sistema de baremos”, *La Ley*, 3.773(1995), pp. 1-9.
9. Dalla Volta, A. *Trattato di Medicina Legale*, Milán, Soc. Editr. Libreria, 1933.
10. Guija Morales, E. *Introducción a la metódica funcional para el diagnóstico médico-forense*, Barcelona, Ediciones B y P, 1950.
11. Gisbert Calabuig, J.A. *Medicina legal y toxicología*, 5.^a edición, Barcelona, Masson, 1998.
12. Palmieri, V.M. *Medicina Forense*. Nápoles, Morano, 1964.
13. Simonin, C. *Medicina legal judicial*. Reimpresión 2.^a ed. Española, Barcelona, editorial Jims, 1973.

14. Royo-Villanova Morales, R. "El divismo pericial en medicina forense", *Anales de Medicina Forense de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*, 1963, pp. 27-30. Reproducido en: *Rev. Esp. de Med. Legal*, 76/77(1996), pp. 11-15.
15. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, *Boletín Oficial del Estado*, n.º 7, 8 de enero de 2000.
16. Esparza Leibar, I. *El dictamen de peritos en la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2000.
17. Fiori, A. "Il medico legale e la sindrome di Leonardo da Vinci", *Riv. Ital. Med. Legale*, 2(1987), pp. 369-381.
18. López Gómez, L. y Gisbert Calabuig, J.A. *Tratado de Medicina Legal*. 3.ª edición, tomo I, Valencia, Edit. Saber, 1970.
19. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, *Boletín Oficial del Estado*, n.º 102, de 29 de abril de 1986.
20. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, n.º 74, de 4 de julio de 1998.
21. Esparza Leibar, I. *Op. cit.*, p. 141.
22. Domínguez Martínez, J.M. y Romero Palanco, J.L. *Accidentes medicamentosos: el asesoramiento pericial en los problemas de responsabilidad médica que con ellos se relacionan*. Monografías Médicas Liade, 2.ª Jornadas Toxicológicas Españolas, Madrid, Gráficas Mora, 1975, pp. 57-76.
23. Domínguez Martínez, J.M. y Romero Palanco, J.L. "El médico perito en el juicio oral. Nociones generales acerca de la prueba pericial", *Sevilla Médica*, 10/12 (1975), pp. 13-22.
24. Domínguez Martínez, J.M. y Romero Palanco, J.L. "El perjuicio terapéutico y la responsabilidad profesional del médico", en *Deontología. Derecho. Medicina*. Ed. por el Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, Artigrafía, S.A., 1977, pp. 605-611.