

Breve revisión crítica del actual sistema de valoración médica de los daños corporales en España.

Claudio Hernández Cueto

Profesor Titular del Departamento de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad de Granada

Médico Forense

Especialista en Medicina Legal y Forense

Especialista en Medicina del Trabajo

I. Introducción.- II. La fecha de consolidación.- III. Las lesiones crónicas.- IV. La imputabilidad médica.- V. La Incapacidad Transitoria.- VI. El sistema de Baremos.- VII. La valoración del daño estético.- VIII. La valoración del dolor.- IX. La formación especializada.- X. Bibliografía.

I. INTRODUCCIÓN

En España durante el último quinquenio la evaluación médico-legal de los daños personales adquiere día por día mayor trascendencia social, médica y jurídica. Nos encontramos ante un fenómeno que interesa a numerosos profesionales, por variados motivos, entre los que destacan los siguientes:

1°. *El gran número de casos:* Los daños a las personas derivados de accidentes domiciliarios, del tráfico de vehículos, riñas, agresiones y accidentes de trabajo, etc. son muy frecuentes. Por poner algunos ejemplos, los accidentes de trabajo se sitúan alrededor del medio millón de casos cada año, los accidentes de tráfico generan más de 100.000 lesionados por año, el Servicio de Urgencias de cualquier Centro de la Red Sanitaria situado fuera de los grandes núcleos urbanos atiende una media de 100 urgencias diarias de las que entre el 20 y el 60 % son lesiones corporales. Cualquiera que consulte la Memoria Anual de la Fiscalía General del Estado, comprobará que nuestros Juzgados y Tribunales llegan a conocer entre 25.000 y 30.000 casos al año inmersos de una u otra forma en los daños a las personas.

2°. *Las consecuencias económicas:* Los daños a las personas dan lugar a importantes consecuencias económicas derivadas de fenómenos como el absentismo laboral

que generan, gastos asistenciales médico-farmacéuticos, indemnizaciones, sobrecarga de trabajo (hasta la colapsación) de Juzgados y Tribunales, gastos sociales, etc. La Seguridad Social, tanto en el ámbito general del Estado como en el de las CC.AA., afronta cada año un gasto social en relación con el tema que algunos han situado en torno a los 600.000 millones de pesetas. De los casi 450.000 millones Ptas. que las Compañías aseguradoras tuvieron que satisfacer durante 1993 en concepto de indemnizaciones, el 72% lo fueron para indemnizar daños personales (casi la totalidad derivados de accidentes de tráfico). El coste médico-farmacéutico no es posible precizarlo pero, como dato orientativo, cabe recordar que la ocupación de una cama hospitalaria supone un coste medio diario de 23.000 Ptas, 47.000 si se trata de una cama de una Unidad de Cuidados Intensivos. Los costes judiciales son simplemente imposibles de evaluar.

3°. *El coste humano:* es innegablemente la más trascendente de las razones que se pueden aludir. Es el elemento central de la valoración, el que con relativa frecuencia olvidamos o no percibimos con la nitidez que se merece. El daño a la salud, a la integridad, a la incolumidad corporal, el daño funcional, la afectación que la persona lesionada debe afrontar y sus consecuencias, son por definición imposibles de justipreciar, aunque nos encontremos abocados a valorarlo. Por situamos en las dimen-

siones exactas del problema, sólo quiero hacer mención al dolor, los daños morales, los perjuicios profesionales, la incapacidad o la minusvalía para el desarrollo de tareas de la vida cotidiana, la sumisión a tratamientos médicos de mantenimiento, etc.

Pero, como decía al inicio, la importancia que la valoración del daño corporal ha adquirido en España en los últimos años, tanto en el ámbito profesional como en el extraprofesional es aún mayor derivado de una serie de fenómenos entre los que deseo destacar:

1. La modificación habida en la Ley Penal y, en concreto, la derivada de la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal que, en aplicación del principio de intervención mínima, trasladó gran número de asuntos fuera del interés puramente criminal, para ser resueltos privadamente gracias al desarrollo del derecho indemnizatorio, lo que ha sido especialmente evidente en el caso de las lesiones, y con la general reducción del Libro III del Código y la consecuente modificación del Libro 11 del mismo texto.

2. La judicialización de la vida pública determina una cada vez más frecuente información, en algunos casos bochornosa y en otros comprometida, sobre la vida judicial. Jueces, Magistrados, Fiscales, Letrados y peritos somos ahora "material de información", no existiendo día sin que los medios de comunicación se ocupen de ello. Se ha de sumar aquí el interés que cualquier tema médico genera, especialmente cuando tiene importantes consecuencias económicas.

3. Por supuesto, el mercantilismo imperante en nuestra sociedad es la tercera de las razones, y no creo que sea necesario extenderse más en ella.

Así, en resumidas cuentas, nos encontramos en el caso de la valoración del daño corporal ante un problema actual, del máximo interés profesional, social y humano, con graves consecuencias económicas, laborales, etc.

Pero si algo convierte en apasionante el estudio de la valoración de los daños a las personas, es su extrema DIFICULTAD, estar abocados a perseguir una meta inalcanzable como en nuestro caso es cuantificar y valorar elementos que no son mensurables ni indemnizables en su plena medida. Debemos recordar que nos movemos en un terreno difícil de comprender en toda su amplitud, ya que se decide sobre los estragos causados en la salud física y psíquica y en la integridad corporal de las personas. El concepto de salud tal y como se entiende hoy en día, tal y

como lo ha concretado la Organización Mundial de la Salud, junto con sus complejas consecuencias legales, amplía el bien jurídico hasta fronteras de difícil definición, superando con mucho las posibilidades de la Ciencia Médica y siendo complejo establecer el alcance exacto del daño causado para, como consecuencia, determinar el "*quantum indemnizatorio*". Valorar cuál es la cantidad de daño o, lo que es lo mismo, la pérdida sufrida en dichos bienes jurídicos en términos matemáticos es, en el terreno de la salud y de la integridad corporal, una utopía que nos vemos obligados a perseguir. Las propias características del lesionado dificultan sobremanera la actividad pericial. En muchos casos por la gravedad de las lesiones que determinan una carga de daños morales y perjuicios psicológicos de tal naturaleza y magnitud que hacen imposible la cuantificación. A ello hay que sumar en la casi totalidad de los casos un mayor o menor porcentaje de simulación, resultado de una reacción humana comprensible, que habitualmente no puede ser demostrada tan sólo intuida por parte del experto, especialmente cuando ha de afrontar la resolución de problemas tan complejos como la evaluación del dolor. Las características de las lesiones en sí reafirman lo antedicho. Como siempre sucede en la pericia médico-legal el hecho que se ha de investigar, el suceso traumático y sus consecuencias, es generalmente remoto. Cuando el médico experto accede al caso sólo podrá observar las consecuencias evolucionadas de dicho evento, muchas veces de especial forma por la intervención terapéutica. Es difícil reconocer entonces el resultado de daño, diferenciarlo de estados patológicos anteriores, de otros procesos morbosos que se han sumado al original a lo largo de su evolución, y ligarlos con precisión al fenómeno traumático con un claro nexo de causalidad.

Este importante, complejo y difícil problema es afrontado habitualmente por nuestros Juzgados y Tribunales por medio de valoraciones médicas de cada caso. Si se trata de un problema esencialmente médico-biológico, es lógico que su apreciación jurídica se lleve a cabo fundamentándose en la prueba pericia! médica en la mayoría de las ocasiones.

Desde la perspectiva médico-legal, hay que añadir un problema adicional: el producido siempre que Derecho y Medicina se encuentran. El juzgador solicita del perito cantidades concretas de daño, objetivables sin género de duda alguno, con claros nexos causales; en definitiva, afirmaciones de valor absoluto. El perito se encuentra entonces ante un callejón sin salida ya que lo más relativo que existe, junto con el espacio y el tiempo, es la Medici-

na. Se mueve casi siempre en el terreno de la probabilidad y así, aspectos como la fijación de la fecha de consolidación, el establecimiento del nexo de causalidad, la valoración del daño en el patrimonio biológico, del dolor, del daño moral, de la subjetivación que el lesionado realiza de su proceso, etc., se transforman en problemas que, en numerosas ocasiones, son insolubles.

De la conjunción de todos los elementos antes relacionados y otros de menor entidad que no incluyo, por evitar la extensión excesiva de este apartado, surgen una serie de conflictos a los que debemos enfrentarnos frecuentemente. Muchos de ellos son evitables gracias a la aplicación de criterios profesionales correctos; pero otros sólo se pueden obviar con una profunda modificación de la ley.

II. LA FECHA DE CONSOLIDACIÓN

Debemos aceptar que si el daño se inicia con el traumatismo, la valoración comienza con la fijación de la fecha de consolidación. Es el punto de inflexión a partir del cual comienza verdaderamente la valoración del daño corporal por parte del perito médico. Sin dicha fijación no es pertinente realizarla, ya que estimamos que el cuadro clínico que padece el lesionado continua evolucionando, no siendo posible evaluar todos y cada uno de los elementos que conforman dicha valoración.

Cuando el médico fija dicho momento de consolidación las consecuencias son numerosas, pero destacan las siguientes:

1ª. Es posible evaluar el período de tiempo en que el lesionado se ha encontrado temporalmente impedido para el desarrollo de sus actividades habituales, laborales y extraprofesionales o período de Incapacidad Transitoria.

2ª. Si de resultados del fenómeno traumático y su evolución se produce la consecuencia de que el paciente deba afrontar en el futuro la existencia de daños residuales permanentes o secuelas, será entonces cuando se podrá realizar su valoración.

3ª. Será el momento de evaluar las consecuencias de todo el proceso y de su resultado sobre la vida del lesionado, es decir, podremos realizar la valoración extrapatrimonial del daño.

El momento de fijar la consolidación de las lesiones es siempre objeto de discusión. Determinar cuándo el proceso morboso cuyas consecuencias debemos evaluar

ha dejado de evolucionar, no precisa de más atención terapéutica o rehabilitadora y es posible llevar a cabo la valoración que permitirá fijar la ulterior indemnización, es en muchos casos una tarea que no entraña dificultad. Por ejemplo, en una amputación traumática que ha recibido el tratamiento quirúrgico específico y ha evolucionado hasta la curación sin presentarse ulteriores complicaciones. Pero en otras ocasiones es un aspecto que genera franca discusión entre los especialistas ya que sus límites son difíciles de establecer.

En primer lugar, por el propio concepto que engloba este término. El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define la palabra *CONSOLIDACIÓN* (del lat. *consolidatio, -ionis*) como "*acción y efecto de consolidar o consolidarse*", y el verbo *CONSOLIDAR* (verb. trans.) con varias acepciones entre las que podemos destacar: "*Dar firmeza y solidez a una cosa*" o "*Liquidar una deuda flotante para convertirse en fija o perpetua*".

En Medicina Legal y concretamente en la valoración del daño, empleamos el término **consolidación** para designar el momento en que en resumidas cuentas, ya que más adelante analizaremos con profusión el concepto se ha alcanzado el máximo desarrollo evolutivo y terapéutico del caso que nos ocupa, y ello influidos sobremanera por la constante referencia de numerosos maestros franceses, portugueses e italianos, referencia obligada para los profesionales que nos ocupamos de este quehacer.

En España, sobre todo en los últimos años, comprobamos que habitualmente fecha de consolidación y fecha de curación se emplean como sinónimos en la valoración del daño corporal. No necesariamente ambos términos engloban iguales conceptos. Por ejemplo, el profesor Oliveira de Sá en su obra "Clínica médico-legal de la reparación del daño corporal en Derecho Civil" distingue claramente entre ambos. Así, menciona los términos:

a) *Recuperación*: que significa la cura anatómica y funcional integral, es decir, "*restitutio ad integrum*" y "*ab junctionem*".

b) *Estabilización*: que significa la recuperación parcial anatómofuncional, es decir, una fijación en una determinada fase evolutiva de las lesiones, restando secuelas.

Así en el primer caso se habla de *CURACIÓN* y en el segundo de *CONSOLIDACIÓN*.

En el ámbito francés, que siempre nos es de referencia, esta diferenciación también se establece. Podemos encontrar numerosas reseñas bibliográficas que definen la consolidación es el *momento en que las lesiones se fijan y toman un carácter permanente o definitivo, en que un tratamiento en principio no es necesario, pudiendo apreciarse cierto grado de incapacidad permanente.*

A mayor redundancia hago referencia a las definiciones contenidas, por ejemplo, en el Baremo francés de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de Matthieu y Padovani en su edición de 1987, donde se señala que "*la consolidación es el momento en que, después del periodo de incapacidad transitoria, la lesión se fija y adopta un carácter permanente o definitivo, de tal modo que no es necesario tratamiento alguno, a no ser que sea necesario por agravamiento o complicación, siendo posible apreciar cierto grado de incapacidad permanente consecutiva al accidente, aunque exista alguna posibilidad de mejoría*". Y también la de la Comisión de Reflexión sobre la Doctrina y la Metodología de la Evaluación del Daño Corporal en Derecho Común se ha pronunciado al respecto con una definición similar: "*La consolidación es el momento en que las lesiones se fijan y cobran un carácter permanente de tal modo que no es necesario tratamiento ulterior, siendo posible apreciar cierto grado de incapacidad permanente estableciéndose así un perjuicio definitivo*" (PROUST, 1992).

Considerar como similares ambos términos es un error frecuente que todos hemos cometido, pero está claro que, para la terminología francesa, la existencia de una fecha de consolidación exige a su vez el resultado de algún grado de incapacidad permanente. Es decir, se trata de un concepto que, en la terminología de la práctica médico-forense, debemos asimilar a la "curación con secuelas". La "curación sin secuelas", la completa "restitutio ad integrum o ab functionem", la "recuperación" del prof. Oliveira de Sá, será por tanto una situación de resultado diferente, de menor trascendencia médico-legal, que no debe confundirse con la consolidación.

Deberemos así aceptar que ese punto de inflexión al que antes hacía referencia que permite establecer el final de la evolución del daño, fijar su máxima evolución, en virtud de criterios que más adelante analizaremos, se alcanza con dos situaciones diferentes bien conocidas de antiguo en la práctica médico-forense española:

1. La CURACIÓN SIN SECUELAS, que supone que la víctima del daño alcanza el final de dicha evolución con

la completa recuperación anatómica y funcional, sin que daño permanente alguno persista, y que es equiparable al concepto de RECUPERACIÓN.

2. Y la CURACIÓN CON SECUELAS, que supone por el contrario que la entidad de las lesiones o la incapacidad de la Medicina actual, determina la existencia de un daño residual permanente, de una incapacidad, de secuelas que deberán ser cuantificadas adecuadamente, lo que es equiparable al concepto de CONSOLIDACIÓN.

Sin embargo, aunque parezca que hemos conseguido aclarar esta confusión terminológica y conceptual, algunas dudas persisten. En primer lugar las que los mismos especialistas referidos plantean en sus obras. Por ejemplo, los doctores Rousseau y Fournier, dos afamados especialistas franceses cuya categoría es incuestionable, señalan textualmente en su obra *Précis d'évaluation du Dommage Corporel en Droit Commun*: "La consolidación...es un concepto distinto para unos (profesionales de la Medicina) y para otros. Para un cirujano es la fecha en que se obtiene la cicatrización; para un clínico, cuando no es necesario que atienda ni revise más al paciente en la consulta; para un especialista en Medicina Legal, el momento en que el paciente puede reincorporarse a su trabajo o fijarse una invalidez permanente; para la Seguridad Social, es el momento en que finaliza la incapacidad temporal..." De este párrafo se deduce que para la mayoría de los profesionales médicos "consolidación" y "curación" es lo mismo. Incluso para el especialista en Medicina Legal se señala que consolidación es "el momento en que el paciente puede reincorporarse a su trabajo" (¿independientemente o no de que exista un daño residual o no?) "o fijarse una invalidez permanente" (¿aunque el paciente pueda reincorporarse a una actividad profesional parcial?). Confusiones similares se pueden encontrar en otros muchos textos de otros especialistas.

Pero una segunda duda se nos plantea. Decíamos antes que curación sin secuelas puede ser asimilable al término de consolidación y, si he de ser sincero, no estoy totalmente convencido de esta afirmación dado que se plantean las siguientes cuestiones. ¿El término incapacidad permanente es empleado aquí con un sentido estrictamente laboral? Entonces deberíamos considerar que consolidación es aquella situación en que restan secuelas que *necesariamente* afectan a la ulterior actividad profesional de forma permanente. ¿Es, por el contrario, un concepto integral el que se desea emplear con el término aludido? Si es así, la consolidación se alcanzará en situa-

ciones en que restan secuelas que afectan a las futuras actividades de la persona sean laborales o no. Si esta segunda situación última es la correcta, cómo clasificar aquellos casos en que se alcanza la máxima evolución restando secuelas que no influyen en modo alguno en el desarrollo de actividades (profesionales o no) por parte de la persona en el futuro (como por ejemplo una cicatriz, un ligera disfunción metabólica, etc.).

Nos encontramos así ante un complejo problema terminológico y conceptual donde son muchos los términos que empleamos para englobar conceptos que consideramos similares o bastante similares cuando no necesariamente iguales. Podemos resumirlas de la siguiente forma:

1. **CURACIÓN:** ("Acción o efecto de curar o curarse") Entendido en la práctica médico-forense en España como el momento en que se alcanza el máximo de recuperación posible, con secuelas o sin ellas, independientemente de las consecuencias de dichas secuelas para la vida futura de la víctima.

2. **ESTABILIZACIÓN:** ("Acción y efecto de estabilizar"; Estabilizar: "Dar a alguna cosa estabilidad"; Estabilidad: "Permanencia, duración el tiempo; firmeza, seguridad en el espacio") En la terminología portuguesa sinónimo de curación sin secuelas.

3. **CONSOLIDACIÓN:** ("Acción y efecto de consolidar o consolidarse"; Consolidar: "Dar firmeza y solidez a una cosa"). En la terminología francesa sinónimo de curación con secuelas con trascendencia en el ámbito profesional.

Ante estas opciones mi inclinación personal sería mantener el empleo de modo exclusivo del término generalizado ya en nuestro país de **CURACIÓN**, por considerar que es el que más se aproxima a lo que queremos describir. Acaso la pregunta esencial que debíamos habernos planteado al inicio es ¿qué es lo que queremos describir? Desde el punto de vista médico legal queremos establecer el momento en que se alcanza la máxima evolución del proceso, el tratamiento ha sido aplicado al máximo y más aplicaciones no se prevén como necesarias a no ser que se presente algún tipo de complicación. Ello independientemente de que resten secuelas o no, que reste un daño permanente y que éste influya sobre las actividades que en el futuro pueda desarrollar la víctima o no. Son estos elementos que deben analizarse a parte. **CURAR** o **CURARSE** significa "Recobrar la salud", "Sanar las dolencias",

"Aplicar al enfermo los remedios necesarios a su enfermedad"..., es decir, perseguir la finalización del proceso traumático y sus consecuencias fisiopatológicas, conseguir que éste no evolucione o lo haga mínimamente, disminuyendo al máximo las dolencias del paciente, aproximándolo al máximo a la situación previa de salud entendido en el sentido integral del término empleado por la OMS, en definitiva: reparar hasta la aproximación más cercana posible al estado anterior a la producción del daño.

El médico legista, obligado por la necesidad de fijar la fecha de curación, acude al máximo pragmatismo para permitir que la reparación se pueda llevar a cabo. Se aplican entonces para fijarla criterios como:

a) Se haya alcanzado la intervención terapéutica máxima.

b) El paciente puede reincorporarse a sus tareas habituales o existe un estado de discapacidad estable que permita aceptar la existencia de una determinada Incapacidad Permanente.

Supongamos el caso de un individuo que sufre un esguince cervical. Es tratado inicialmente con un criterio conservador y evoluciona de modo insidioso. Finalmente se comprueba la existencia de una hernia discal en la columna cervical, planteándose la necesidad de intervenir quirúrgicamente. El paciente, por motivos que no vienen al caso y haciendo uso de sus derechos, decide no someterse a la intervención. En ese caso, con los criterios antes señalados, el paciente habrá alcanzado la fecha de consolidación, el máximo tratamiento se ha aplicado (al menos el máximo que el paciente permite) y habrá que evaluar las secuelas existentes. Si, por el contrario, acepta someterse a la intervención, el proceso se alargará hasta que llegue la máxima recuperación.

Sin embargo, soy consciente de que aún cabe una crítica más a la propuesta que hago. La curación no siempre se alcanza o, mejor dicho, casi nunca se alcanza. La naturaleza humana, como en Medicina bien se sabe, se encuentra en continua evolución y sostenida en un complejo y delicado equilibrio. Alterado alguno de los factores que lo sustentan, dicho equilibrio se recupera total o parcialmente merced a cambios muchas veces sutiles y generalmente múltiples. Toda la economía del individuo se dirige en el sentido de dichas modificaciones como sucede en muchas ocasiones a costa de generar situaciones finales que pueden ser tanto o más nocivas que las iniciales. Podemos en este punto acudir al clásico ejemplo de la

amputación traumática del pie donde posteriormente se produce una profunda modificación de la biomecánica articular que conducirá a una basculación compensadora de la pelvis, desviación escoliótica de la columna, modificaciones de la posición de la caja torácica y de la dinámica respiratoria, etc. Es decir, da lugar a un conjunto de cambios sin aparente relación con el proceso que les dio origen y, en muchas ocasiones, de iguales o más graves consecuencias para la vida del paciente. Otros muchos ejemplos nos vienen a la mente, como las consecuencias de la esplenectomía postraumática, los estados de coma y los estados vegetativos persistentes, las consecuencias psicopatológicas del daño físico y un largo etcétera.

Estas situaciones han determinado también que en Medicina admitamos que cualquier estado residual en mayor o menor medida, y salvo contadísimas excepciones, continúa evolucionando a lo largo de los años influenciado por numerosos factores como la edad del lesionado, las actividades que desarrolla habitualmente, otras patologías asociadas, complicaciones surgidas durante la evolución, etc, y sin entrar en las consecuencias psicológicas que pudieran derivar. Por ello, se afirma en Medicina con rotundidad, que las secuelas no pueden entenderse como estados residuales que se mantienen prolongadamente en el tiempo, sino que presentan un curso variado, una evolución determinada, en algunos casos acompañando al paciente a todo lo largo de del resto de su vida. La secuela no es entendida igual desde el punto de vista médico que desde el jurídico. Médicamente una secuela no es un elemento inamovible, sino dinámico, evolucionan, se modifican, modifican el estado de salud o las condiciones de vida del paciente, y generalmente lo hacen hacia el empeoramiento. Incluso sucede en casos en que para el no iniciado no hay posibilidad ya que se trata de daños residuales inamovibles. En estas ocasiones el establecimiento de la fecha de curación es imposible desde la perspectiva médico-legal: el proceso cronificado continúa su evolución y el nexo cronológico con el momento traumático no es posible detenerlo. Es entonces cuando los criterios médico-legales habitualmente empleados para fijar dicha fecha de consolidación no tienen cabida: el proceso no ha curado, el paciente no puede reincorporarse a sus tareas habituales ni siquiera a las extraprofesionales, y es susceptible de tratamiento o de asistencia médica prolongados.

III. LAS LESIONES CRÓNICAS

Como decía, a pesar que la aplicación de dichos criterios parece simplificar sobremanera el problema planteado, muchas siguen siendo las situaciones donde la determinación de la fecha de consolidación no es tan sencilla, ni siquiera para el criterio médico-legal. Hago referencia de forma especial al apartado de los LESIONADOS CRÓNICOS, es decir, el caso de aquellos individuos que tras la estabilización del proceso patológico generado por el hecho traumático restan, no con una secuela más o menos estable, sino con un proceso que va a evolucionar a lo largo del tiempo, muy probablemente a lo largo del resto de su vida, un proceso aceptablemente conocido por la Medicina, pero donde es difícil de establecer el momento exacto en que se produce, en que es el único fenómeno patológico que afecta al paciente y, por tanto, es muy difícil determinar cuándo ha curado. Acaso deberíamos comenzar por planteamos en primer lugar si la curación se llega a producir en estos pacientes.

Desde la perspectiva médica está claro que la curación no se produce. El paciente resta con patología, de la que sabemos va a estar presente durante mucho tiempo y que va a exigir de asistencia profesional. Desde el terreno de la Medicina Legal podemos aceptar, y de hecho lo hacemos, que cuando el proceso crónico se ha estabilizado, cuando se ha hecho patente en toda su extensión, podemos aceptar que se ha llegado a la curación y dicho fenómeno crónico deberá ser considerado como una secuela a indemnizar.

No obstante, hay también casos en que este punto de inflexión que exige el establecimiento de la fecha de consolidación no es posible localizarlo, bien por desconocimiento de la Medicina, bien por la complejidad, gravedad y características del proceso. Es el caso de las grandes lesiones del SNC con importantes secuelas. No es sólo el caso de las hemiplejias, tetraplejias, tetraparesias, etc., sino aún más complejo es el caso de los comas o de los estados vegetativos persistentes, cuadros de grave afectación cerebral, con individuo inconsciente o con ojos abiertos pero desconectado del medio, que exigen una atención médica del máximo nivel (en muchas ocasiones en UCI) y donde el desconocimiento de la Medicina hace imposible saber cuándo el proceso se ha estabilizado.

Para resolverlo se aplican criterios variados, generalmente se aceptan períodos de tiempo (un mes para el coma, un año para el EVP, etc.), pero está claro que es una

falacia, un error incaptable desde el punto de vista médico. Dichos procesos no se detienen, tampoco evolucionan dentro de unos límites concretos. Un paciente en coma puede estar así unos días o años, o morir por un proceso interrecurrente o no.

La capacidad de evolucionar de las secuelas plantea considerables problemas medicolegales, lo que se acrecienta cuando se trata de cuadros crónicos que, por definición (crónico del gr. *chronikós*, "Prolongado por mucho tiempo"), sabemos van a evolucionar a lo largo de extensos períodos de tiempo.

En primer lugar, la necesidad de establecer la fecha de consolidación de las lesiones en cada caso paso obligado para poder llevar a cabo la evaluación del resultado de daño parece meta inalcanzable. Si la lesión evoluciona indefinidamente, precisa de asistencia médica, impide al sujeto reintegrarse a sus tareas habituales (aunque sea con cierto grado de incapacidad), etc., no puede llegarse a establecer en qué momento el paciente cura de sus lesiones, no se puede llevar a cabo la valoración de daños y, por tanto, no es posible fijar las medidas indemnizatorias y reparatorias correspondientes. La situación desde el punto de vista médico puede ser en muchos casos insoluble. La cronicidad del proceso así lo determina. Pero desde la perspectiva del derecho reparatorio es jurídicamente insostenible. El paciente tiene derecho a la evaluación del daño y a la reparación, y ambas deben llevarse a cabo.

Estas situaciones crónicas, fácilmente reconocibles para la Medicina, se enfrentan a la necesidad jurídica de reparar el daño causado. La necesidad de que el proceso morboso llegue a su fin para poder evaluar y cuantificar los resultados de daños o secuelas, parece determinar que en los casos crónicos la ausencia de fecha de consolidación no permite la intervención del perito médico para llevar a cabo la cuantificación de los daños que facilita el posterior establecimiento del "*quantum indemnizatorio*". Justo al contrario, es necesario establecer dicha cantidad de daño para que el afectado obtenga la reparación que le corresponde. Esta es aún más necesaria en los casos graves de afectación permanente a la salud que, con más razón, merecen la compensación económica que necesitan para cubrir los numerosos requisitos que precisan como las adaptaciones de la vivienda, atención rehabilitadora permanente, asistencia por parte de una tercera persona, etc.

Por último, conviene recordar que la problemática la que estamos haciendo referencia adquieren mayor impor-

tancia aún dada la alta casuística de la que se prevé un considerable aumento en las próximas décadas. La segunda evaluación realizada en España del programa europeo "Salud para Todos", cuyos resultados han sido publicados por el Ministerio de Sanidad en Noviembre de 1993, reveló que los españoles viviremos más y más incapacitados. Las enfermedades crónicas y degenerativas y la mayor esperanza de vida de la población, van a determinar que los ciudadanos de nuestro país vivan al menos 14,8 años de su vida con algún tipo de incapacidad (para los varones 12,4 años y para las mujeres 17,1 años).

Ante esta situación debe adoptarse el criterio médico-legal que reconoce que el establecimiento del proceso crónico coincide con la estabilización de las secuelas. Si el cuadro clínico ha evolucionado lo suficiente estableciéndose como una entidad nosológica reconocible, donde modificaciones considerables pueden ser tan previsibles como en un individuo normal, salvo las lógicas complicaciones del proceso crónico reconocido, debemos admitir que el cuadro se ha estabilizado, siendo susceptible de ser evaluado e indemnizado. La postura contraria que antes comentábamos nos forzaría a admitir que en la mayoría de los casos la consolidación nunca se alcanza y la reparación es imposible, lo que no sería más que un absurdo tanto médico como jurídico. Si, como antes citábamos, el profesor De Angel afirmó acertadamente en su día que la reparación íntegra no es posible, deberíamos añadir nosotros ahora que la consolidación íntegra tampoco lo es; pero estas afirmaciones tampoco deben impedir que la valoración y la indemnización de daños corporales pueda ser llevada a cabo de la forma más objetiva y justa posible, porque evidentemente el dañador no puede salir beneficiado de las deficiencias técnicas de la Justicia o la Medicina.

Un segundo problema de especial trascendencia es el establecimiento del nexo de causalidad en casos que se prolongan en exceso hasta que se pueda fijar la fecha de consolidación. La consecutiva distancia temporal con el fenómeno traumático dificultará el establecimiento de esta ligazón. Es un problema que sólo la pericia del médico experto en cada caso y sus conocimientos profesionales, como sabemos los que trabajamos habitualmente en este ámbito, podrá resolver.

En el caso de lesionados con procesos crónicos el nexo de causalidad que ha establecer adquiere una mayor dimensión dado que la patología va a continuar existiendo y haciéndose presente. No sucederá así en los casos no

crónicos en que alcanzada la fecha de consolidación, se llevará a cabo la valoración para establecer la reparación correspondiente, quedando así cerrado el caso. En un proceso crónico la situación no es ésta. Justo al contrario y por definición, el proceso continuará manifestándose y evolucionando, presentando signos y síntomas que serán propios de dicho proceso. Pero ahí radicará la especial dificultad a la que tantas veces hemos hecho referencia: un individuo con un proceso crónico reconocido, derivado de un hecho que ha merecido ser indemnizado, presentará trastornos que serán propios de dicho proceso y como tales deberán ser reconocidos por el médico experto. Pero ello no quiere decir que no pueda sufrir otras patologías no relacionadas con ello. Esa falta de relación puede ser fácilmente reconocible o no. En el segundo caso se planteará un complejo problema médico-legal que el especialista deberá abordar. Podemos hablar así de la existencia de dos nexos de causalidad: uno " *a priori*" y otro " *a posteriori*", siendo este segundo característico de estas patologías crónicas, aunque no exclusivo.

No es éste el momento de analizar el estado anterior y su repercusión en el desarrollo de un proceso crónico, pero es evidente, por ejemplo, que en casi todos los casos de neoplasias y de procesos inflamatorios crónicos, las características genéticas del sujeto condicionan la evolución. La Medicina del Trabajo nos enseña que trabajadores expuestos a similar noxa, unos desarrollan un cáncer, una silicosis o un cuadro de asma y otros no.

Como hemos expuesto reiteradamente, el dañador debe reparar el daño que ha producido, pero sólo éste. Afortunadamente será el Juez el que tenga que resolver la ardua cuestión del nexo causal y la valoración de las concausas. el perito debe sólo explicar el proceso fisiopatológico y ambos tener presente que el hecho de que dos procesos se presenten juntos y simultáneos no quiere decir que necesariamente estén ligados causalmente.

Los grandes lesionados.

Los problemas relatados se acrecientan y otros nuevos surgen cuando al hacer referencia a los lesionados crónicos nos centramos en aquel subgrupo que levanta un especial interés entre nosotros: el de los grandes lesionados, grandes minusválidos o, simplemente y para armonizar la terminología con otros autores, GRANDES INCAPACITADOS. Nos referimos a aquellos casos en que el cuadro crónico supone una grave limitación anatómica y funcional para la persona que lo padece.

Las necesidades reparadoras en estos casos son mayores y generalmente urgentes dado el estado de grave afectación de la salud. Se trata de individuos que, a consecuencia de su grave estado residual, precisan de medios económicos y médicos que permitan la continua e inmediata asistencia médica y kinesoterápica que precisan, la adaptación de su domicilio y de medios de transporte adecuados, afrontar los costes de asistencia hospitalaria permanente, etc.

En caso de grandes minusválidos la disposición de una renta, en buena lógica es, el método elegido con más frecuencia, si bien la disposición y distribución de tan elevadas indemnizaciones suelen ser objeto de discusión entre los profesionales (FOURNIER, 1993). Uno de los aspectos más discutidos hoy en día es si la renta debe ser revalorizable, enfrentándose a la doctrina la cual suele considerar que la indemnización que debe afrontar el responsable ha de ser definitivamente fijada el día de la decisión judicial que la determina en función del perjuicio actual, directo y cierto causado por el hecho dañoso, lo cual no debe depender de circunstancias variables y extraños al perjuicio y al hecho que lo ha producido. No obstante la elección de indemnización en forma de renta, si debe ser o no revalorizable, la elección del gestor de dichos fondos en caso de que no pueda ser el propio lesionado, la disposición de los mismos en caso de fallecimiento del enfermo, etc. sin dejar de ser problemas de especial interés, superan con mucho el estricto ámbito médico-legal y, por tanto, el de esta ponencia.

Bajo este principio se lleva a cabo hoy en día la indemnización de daños personales, pero -como señala PÉRIER (1990)- ¿cómo hacerlo con aquellas personas en las que, como consecuencia de las secuelas, su cuerpo se ha convertido en su prisión? Cada año en los países de la CEE más de 30.000 personas pierden por accidente su autonomía: paraplégicos, tetraplégicos, víctimas en coma... ¿cómo valorar e indemnizar estos casos?

La reparación por parte del asegurador o por las medidas adoptadas por un Tribunal no puede limitarse al conjunto de medidas que adoptan los poderes públicos, las cuales analizaremos brevemente más adelante en el caso de la legislación española; ni tampoco situaciones de esta naturaleza pueden ser valoradas exclusivamente en porcentajes, al menos de forma exclusiva. Es necesario reconocer la existencia de un ESTADO, de una persona que ha perdido su autonomía y valorar sus necesidades y su compensación teniendo en cuenta multitud de factores. En este

sentido se ha definido BARROT (1988) distinguiendo las siguientes posibilidades:

SITUACION	COMPENSACION
- Necesidades terapéuticas	Pago de gastos
- Pérdida de autonomía económica	Renta
- Pérdida de autonomía personal	<ul style="list-style-type: none"> a) En todos los casos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tercera persona ▪ Aparataje de ayuda a) Lesionado lúcido: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indemnización secuelas ▪ Adaptación domicilio ▪ Vehículo adaptado ▪ Renta a) Lesionado inconsciente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renta ▪ Adaptación domicilio (en casos especiales que no precisen asistencia hospitalaria.

Si en los casos crónicos el establecimiento de la fecha de consolidación plantea problemas ¿cómo abordarlo cuando el daño además de permanente es de tal entidad que nos encontramos ante lo que llamamos un gran incapacitado? Nos referimos sobre todo a lesionados con secuelas neurológicas mayores, es decir, secuelas de grandes traumatismos craneales con coma prolongado durante 15 días o más, comportando lesiones de la base del cerebro o del tronco cerebral, eventualmente asociados a uno o múltiples focos de contusión hemisférica. En todo caso se trata de cuadros que merecen una alta valoración en la mayoría de los baremos al uso. Así, y por citar un ejemplo, el Baremo de la Sociedad de Medicina Legal y Criminología de Francia distingue las siguientes posibilidades: comas crónicos, estados de vida reducida, formas moderadas y estados demenciales, valorando la incapacidad en los casos más leves por encima del 55% y alrededor del máximo para las secuelas neurológicas mayores.

Es cierto, sin embargo, que en la mayoría de estas patologías, como señalé antes, al hablar de la generalidad de los casos crónicos, la estabilización del déficit fisiológico es fácil de reconocer o lo establecemos merced a diversos criterios clínicos. Por ejemplo, en el caso de los Estados Vegetativos Persistentes se acepta la estabiliza-

ción un año después de hacerse evidente la entidad clínica. Pero en muchas ocasiones la estabilización fisiológica suele preceder en meses o años a la estabilización del handicap el cual necesita de un mayor período de evolución para ser reconocido como tal. Es por ello que debe aceptarse, con el fin de establecer las medidas jurídicas correspondientes, antes de la consolidación funcional la existencia de una CONSOLIDACIÓN SITUACIONAL que atiende a las necesidades médico-legales de estos casos de forma más rápida y satisfactoria (PÉRIER, 1990).

Casos especiales.-

Tratamiento especial dentro de las lesiones crónicas y de los problemas médico-legales en la evaluación de los grandes incapacitados merece el reciente fenómeno del S.I.D.A. Las diversas situaciones que en relación a este síndrome pueden presentarse, su extrema virulencia- y nefastas consecuencias que ha llevado a considerarlo como la plaga de finales del siglo XX, el limitado conocimiento que la Medicina actual posee de esta enfermedad y el escaso tratamiento jurídico existente de la misma, determinan que el interés y la dificultad médico-legales sean máximas.

Las reclamaciones ante los Tribunales de Justicia son cada vez más frecuentes tanto en el ámbito del Derecho Civil como exclusivamente del Penal. Como señala DE VEGA RUIZ (1992) la indemnización o las consecuencias jurídicas derivadas de una infección de esta naturaleza puede obtenerse a través de la jurisdicción civil, muchas veces con planteamientos fácticos muy parecidos a los que propician alguna de las formas de la culpa criminal.

De destacar es la primera sentencia emitida por el Tribunal Supremo de nuestro país, en concreto por la Sala 2ª, de fecha 18 de noviembre de 1991. El caso se ocupaba de la infección sufrida por un hombre de 39 años que ingresó en el Hospital "Príncipes de España" de Bellvitge para que se le practicara un cambio de prótesis aórtica. Durante la intervención se le sometió a varias transfusiones de sangre produciéndose en una de ellas el contagio. En 1989 se determinó que el paciente era VIH+, con afectación del sistema hematopoyético de grado medio. Como consecuencia de ello diversos cargos como el Director Gerente del Área de Gestión de la zona, el Director Médico del Centro, la Jefa del Servicio de Hematología y Hemoterapia del mismo y un Médico Adjunto del Banco de Sangre, fueron condenados a penas de privación de

libertad en aplicación de los artículos 343 y 343 bis del Código Penal (despacho de medicamentos deteriorados y expedición de medicamentos sin cumplir las formalidades reglamentarias). Se reconoció igualmente la existencia de la correspondiente responsabilidad civil fijándose una indemnización de 10 millones Ptas., así como 15 más en el caso de que el portador llegase a desarrollar la enfermedad, declarándose responsable civil subsidiario al Instituto Catalán de la Salud.

El tratamiento jurídico de las infecciones por S.I.D.A. puede ser llevado a cabo por la vía señalada en la Sentencia anteriormente comentada en el caso de errores de prescripción, o por la del artículo 348 bis del mismo Código por propagación maliciosa de enfermedad transmisible.

Desde el punto de vista médico-legal dos situaciones diferentes se plantean inicialmente: que el individuo al que se debe valorar fuera seropositivo o padeciera la enfermedad antes de sufrir el evento traumático que justifica la posterior valoración del daño, o que como consecuencia del proceso consecutivo al traumatismo y las lesiones sea contagiado por el virus.

En el primer caso nos encontramos ante el conocido problema de un Estado Anterior en el que debemos establecer la interrelación entre el S.I.D.A. y el traumatismo y sus consecuencias, evaluándolo desde la triple perspectiva ya clásica:

- ¿Cómo hubiera evolucionado el traumatismo sin la patología infecciosa?

- ¿Cómo hubiera evolucionado el S.I.D.A. sin el traumatismo y sus consecuencias?

- ¿Cuál es el resultado del acoplamiento de ambas situaciones?

Esta valoración será distinta si se trata de un paciente con la enfermedad declarada o de un individuo seropositivo. En el primer caso afrontaremos siempre un pronóstico nefasto por las características de la enfermedad infecciosa, debiendo valorarse si su evolución se ha visto acelerada por el fenómeno lesivo. En el caso de un seropositivo la evaluación es mucho más compleja ya que nos moveremos en el terreno de la probabilidad de desarrollo de la enfermedad y del desconocimiento de la Medicina actual que comentábamos al inicio de este apartado.

En caso que el paciente resultara contagiado por las consecuencias del traumatismo dos problemas médico-legales graves se plantean:

1. Determinar la ausencia del estado anterior de contagio.

2. Establecer claramente el nexo de causalidad entre el traumatismo y sus consecuencias y la infección viral.

En todo caso la valoración médico-legal de un paciente contagiado por el VIH deberá realizarse con especial detenimiento y exhaustividad, valorándose el estado general del paciente, diferenciándose claramente los cuidados que precisa y las limitaciones que sufre el paciente dependiendo de que sea un enfermo por S.I.D.A. o un individuo seropositivo y analizando elementos que comentaremos en el último apartado de esta ponencia propios de la generalidad de los grandes lesionados como las posibilidades de reincorporación al mercado laboral, las necesidades de asistencia y control permanente, etc.

Similares problemas pueden plantearse con otras enfermedades infecciosas como la Hepatitis. Las formas producidas por el virus B o por el virus C son, como sabemos, las más susceptibles de presentar complicaciones ulteriores en forma de cronificación del proceso y producción de cirrosis hepática. La prevalencia en España de la Hepatitis B ha disminuido justificándose ello por el impacto de la vacuna y la aplicación de medidas para evitar la transmisión, pero aún se registra la existencia de 700.000 personas infectadas. Aunque se trate de portadores sanos, que en general presentan un buen pronóstico, sabemos también que es conveniente realizar controles periódicos buscando indicios precoces del desarrollo de la enfermedad. Una vez producida ésta cursa a lo largo de un período de tiempo no excesivamente prolongado existiendo peligro de cronificación en el 5% de los casos. En el caso de la Hepatitis C la mitad de los casos evolucionan hacia la cronificación.

Es indudable que el individuo infectado por Hepatitis a consecuencia de una acción de la que haya de responder otro, sufre un daño que debe ser cuantificado e indemnizado convenientemente, pero son varias las situaciones que deben considerarse. La infección crónica, sobre todo los casos que culminan en el desarrollo de un proceso degenerativo grave, deberán ser considerados como casos de grave afectación, cuyas consecuencias futuras y daños existentes deben ser tenidos en cuenta pormenorizadamente en la valoración del daño con vistas de ajustar la

consecuente indemnización. Sería absurdo, sin embargo, adoptar la misma actitud en el caso de individuos contagiados que desarrollan una Hepatitis aguda o, aún más, en los simple portadores. Los casos agudos -de los cuales se resuelven casi el 95% de los casos- merecerán la valoración exacta del daño producido, de la imposibilidad del desarrollo de tareas habituales e incluso de daños morales posteriores que en algunos casos persisten durante un tiempo después de la curación clínica. No es infrecuente que el paciente de una Hepatitis B aguda desarrolle tras la curación un proceso depresivo obsesionado por ligera sintomatología (debilidad, dolores en hipocondrio derecho, etc.) de carácter psicossomático que precisa tan sólo de un apoyo psicológico menor para recuperarse. En el caso del portador los bienes jurídicos protegidos por la Ley han sido también dañados, pero el riesgo de posteriores complicaciones no justificará -al igual que en los casos agudos- calificaciones elevadas como si el proceso crónico, y sus más graves complicaciones, se hayan producido o tengan una altísima probabilidad de presentarse.

No podíamos acabar este apartado dedicado a casos especiales en la valoración médico-legal del daño corporal en casos crónicos de considerable dificultad, sin hacer referencia al Síndrome Tóxico en España como paradigma de situaciones de esta naturaleza.

En mayo de 1981 los Juzgados Centrales de la Audiencia Nacional iniciaron actuaciones de carácter penal en orden a la aparición de una enfermedad que llegaría a ser conocida con el nombre de Síndrome Tóxico. Concluida la fase de instrucción comenzaron las sesiones del juicio oral el 30 de marzo de 1987 ante la Sección Segunda Penal de la Audiencia Nacional, en un proceso en el que intervinieron cincuenta y dos defensas, el Ministerio Fiscal y treinta y ocho acusaciones particulares, donde informaron 178 peritos y más de 1.000 testigos. A un ritmo de cinco sesiones semanales, alguna de las cuales se prolongó más allá de la medianoche, se llegó al visto para sentencia el 28 de junio de 1988, es decir, unos quince meses después de iniciado el juicio oral.

Como resultado del mismo fueron condenadas 13 personas por diversos delitos contra la salud pública, de imprudencia temeraria profesional y por estafa. Para satisfacer la correspondiente responsabilidad civil se fijaron diferentes niveles de indemnización en función del resultado final de daño, señalándose también que en el caso de producirse una ulterior desfavorable variación en el estado de los afectados, las indemnizaciones se referirán a las

calificaciones que finalmente resulten. En la fijación de las indemnizaciones se tuvo presente *"amén del perjuicio puramente crematístico, no sólo los fallecimientos, las lesiones de uno u otro alcance y las incapacidades de distinto grado, sino también los sufrimientos o padecimientos experimentados por las víctimas y sus allegados, en el curso de la enfermedad o como derivados de las secuelas resultantes, el doloroso vacío ante la pérdida de seres queridos, el sentimiento de dignidades vejadas, la crisis en conveniencias familiares e incluso traumatismos psicológicos y cambios de personalidad; todo ello consecutivo de los delitos perpetrados"*.

IV. IMPUTABILIDAD MÉDICA

Desde los albores de su existencia el hombre se ha preocupado por conocer la causa de los fenómenos que se producen a su alrededor. De hecho, esta curiosidad es una de las características que definen al ser humano y en la que muchos fundamentan su superioridad sobre el resto de las especies.

La Ciencia, la Filosofía, el Conocimiento en general no es otra cosa que la búsqueda del porqué de las cosas. Un afán infinito, dado que tras cada respuesta nuevos misterios se plantean. Dentro de este afán natural se incluye la necesidad de conocer la *causa de la enfermedad*, donde la Medicina interpreta un papel preponderante.

Conocer la etiología de la enfermedad es, por consiguiente, una continua búsqueda que se nos plantea, esencialmente para adoptar medidas preventivas y terapéuticas efectivas. Pero se trata éste de un problema insoluble puesto que el proceso morboso suele tener como origen diferentes causas, de variada naturaleza, que se han asociado en un momento concreto por razones difíciles de dilucidar. Si se consulta un texto de Medicina Interna, donde cada entidad nosológica es reseñada en su apartado correspondiente, comprobamos que bajo el término "etiología" (del gr. *Aitia*, causa y *Lagos*, tratado) se relatan una serie de factores concausales (predisposición genética, características individuales, factores ambientales, influencia de microorganismos, etc.), pero sin conocer las razones precisas de la enfermedad. Por poner un ejemplo, conocemos la capacidad cancerígena de numerosos elementos (humo del tabaco, contaminantes ambientales, productos químicos de uso industrial, etc.), pero no por qué de dos individuos sometidos a similar riesgo, uno de ellos desarrolla un cáncer y el otro no. Por ello muchos tratamientos distan de ser realmente etiológicos, de actuar sobre la causa íntima de la enfermedad, sino que son me-

ras medidas paliativas o sintomáticas. Es por esta razón que habitualmente ante un paciente que presenta dolor articular y fiebre, el tratamiento prescrito -al menos inicialmente- esté constituido por analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios y miorrelajantes.

En Medicina Legal el estudio de la causa de la enfermedad adquiere un interés sumo, ya que el problema etiológico no se plantea tan sólo desde la perspectiva médica, sino también desde la jurídica. Ello sucede igualmente dentro del terreno específico de la valoración del daño corporal.

Si, como señalaba antes, la Medicina Clínica puede sentirse satisfecha con aproximarse a los factores concausales que justifican el enfermar en un caso dado, en el ámbito médico-legal debemos determinar la causa de la enfermedad con la máxima certeza posible (incluso con la absoluta). Sería absurdo pensar que un tribunal determinará la cuantía de la indemnización por daños corporales y quién debe afrontarla sin conocer cuál es la causa de los mismos y si fue ésta la que los produjo con absoluta certeza o la máxima científica y jurídicamente hablando.

Dentro de la necesaria colaboración entre el médico que evalúa el daño y el profesional del Derecho que aprecia el perjuicio y sus consecuencias, es necesario distinguir entre las misiones de ambos, es decir: entre el establecimiento de la IMPUTABILIDAD MÉDICA y el de la CAUSALIDAD JURÍDICA.

En el caso de un fenómeno traumático (CAUSA) que produce un daño (EFECTO), una visión jurídica obligará a considerar el origen del accidente de una parte, con el fin de establecer la responsabilidad del autor, y las consecuencias del daño por otra, con el fin de determinar la compensación que corresponde a la víctima. Inmersa en esta valoración se encontrará la del médico, quien deberá determinar si la lesión puede ser imputada al traumatismo y si las secuelas se encuentran ligadas a la lesión original.

Como señaló Claude Rousseau (1989), Director del Centro de Documentación sobre Daño Corporal de París, Imputabilidad y Causalidad son términos que empleamos frecuentemente como sinónimos cuando en realidad no lo son. Imputabilidad médica es el carácter que permite admitir científicamente la ligazón entre un hecho y un estado patológico; por ejemplo, entre un traumatismo y una fractura. Causalidad jurídica es el carácter que permite en el Derecho establecer que un determinado suceso es la causa de una determinada situación; por ejemplo, que la

falta cometida por el autor del traumatismo es la causa del perjuicio sufrido por la víctima.

Se evidencia así que, como sucede con la prueba pericial con respecto a la totalidad del procedimiento, el establecimiento de la Imputabilidad Médica se encuentra englobado dentro de la Causalidad Jurídica, y el estudio de esta última se encuentra muy desarrollado. Desde mediados del siglo XIX tanto la Doctrina como la Jurisprudencia han puesto de relieve la necesidad de constatar la existencia de un vínculo entre la conducta y el resultado, para derivar de ahí una responsabilidad concreta. Como señaló el profesor Villanueva (1993) la conexión causal total generalmente no es posible establecerla. Por poner un ejemplo, el Código Penal español pone de relieve la necesidad de limitar ese principio al hablar de la imprudencia punible en el párrafo primero del artículo 565, donde se pone énfasis en que la relación de causalidad deberá establecerse entre la conducta imprudente y el resultado, lo que nos conduce a una interpretación jurídica del concepto de causalidad, manteniéndose la exigencia de cometer un hecho y que ese hecho sea el resultado de una acción que tendrá una o varias causas. Esta exigencia legal y la de buscar un criterio uniforme de aplicación al respecto, ha llevado al desarrollo de numerosas teorías jurídicas de la causalidad, ninguna de ellas totalmente satisfactoria, y que, por conocidas, no ha razón de comentar aquí.

De todo lo señalado anteriormente, se deduce con facilidad la importancia del adecuado establecimiento de la imputabilidad médica y del nexo de causalidad en los daños a las personas. Frente a ello, vemos frecuentemente, casos juzgados en que dicho nexo no ha sido establecido en todos sus extremos, lo que es especialmente grave si tenemos en cuenta los siguientes hechos: La existencia de un estado patológico constatado después de un accidente no significa que esa lesión sea postraumática, es necesario aportar la prueba de dicha relación. Tampoco tiene por qué haber un paralelismo estrecho entre la gravedad del accidente y la importancia de las secuelas, aunque generalmente heridas graves suelen dar como consecuencia secuelas de igual entidad. También será necesario establecer una adecuada relación topográfica entre la zona donde se produjo el traumatismo y aquella donde se manifiestan las lesiones, sobre todo si ello se desarrolla a lo largo de un dilatado período de tiempo. Dicho lapso de tiempo prolongado es en muchas ocasiones el elemento que se debe analizar en profundidad para poder establecer el nexo causal. Por último, la coexistencia de fenómenos

patológicos independientes el traumatismo que pueden sumarse o no a las consecuencias de éste, complican aún más el diagnóstico causal. Todo ello sin valorar ahora las consecuencias emocionales y psicológicas del daño, de más difícil constatación.

Para acabar este apartado, y en el ámbito de la práctica real, las condiciones médico-legales clásicamente exigibles para establecer la imputabilidad del daño a un traumatismo dado han sido estudiadas por numerosos autores. Se trata no de dar al juzgador una respuesta afirmativa o negativa sobre la existencia del nexo causal, sino de explicar y mostrar el puente una la causa con el efecto. Éstas son:

1. Naturaleza adecuada del traumatismo para producir las lesiones evidenciadas. Por ejemplo, una fractura espiroidea de tibia no puede estar producida por un traumatismo directo sobre la pierna. Es lo que se llama también la VERACIDAD CIENTÍFICA de la causa, donde tiene que existir un nexo científicamente probado entre el traumatismo (la causa) y las lesiones producidas (el efecto).

2. Naturaleza adecuada de las lesiones a una etiología traumática. Por ejemplo, una fiebre tifoidea no puede tener una etiología traumática. Es decir, deberá establecerse la CERTEZA DIAGNÓSTICA.

3. Adecuación entre el lugar del traumatismo y el lugar de la lesión, lo que no quiere decir necesariamente concordancia anatómica.

4. Encadenamiento anatómico-clínico entre el traumatismo y el daño que se le imputa, debiendo existir una continuidad sintomatológica, una sucesión de hechos fisiopatológicos que hagan aceptable la cadena causal entre ambos.

5. Adecuación temporal, debiendo determinarse si el tiempo transcurrido entre traumatismo y daño puede aceptarse en cada caso.'

6. Exclusión de pre-existencia de daño al traumatismo, excluyendo la existencia de estados patológicos anteriores y, en el caso de que existieran, determinando su relación con el traumatismo y sus consecuencias.

7. Exclusión de una causa extraña al traumatismo.

V. LA INCAPACIDAD TRANSITORIA

Ya hemos señalado las consecuencias que se derivan de la fijación de la fecha de curación, pero es conveniente mencionar aquí una situación paradójica e injusta que

nuestra legislación permite en la determinación de la Incapacidad Transitoria (IT), el período en días comprendido entre el momento del traumatismo y la fecha de curación de las lesiones, en que el paciente se ha encontrado impedido para el desarrollo de sus tareas habituales, desde las más elementales a las más complejas.

Se trata de un elemento que ha adquirido especial trascendencia económica en nuestro país, especialmente tras la entrada en vigor del baremo contenido en la Orden Ministerial de 5 de marzo de 1991 que, aunque sólo orientativo y aplicable a la indemnización de daños derivados de los accidentes de circulación que deban ser indemnizados por el seguro de responsabilidad civil obligatoria de los vehículos de motor, está teniendo una trascendencia práctica mucho mayor en todos los ámbitos judiciales, y que establece la indemnización de este perjuicio mediante el pago de una cantidad económica por día de IT o día de baja.

Si abandonamos este erróneo criterio mercantilista de indemnización, estaremos de acuerdo en admitir que la IT tiene de por sí características que le confieren una importancia suma, lo que se fundamenta en el hecho de que el paciente se encuentre impedido para su vida de relación, para la actividad profesional habitual o, simplemente, para atenderse a sí mismo. Es además donde las consecuencias del daño se muestran con más claridad, químicamente puras, directas e inmediatas del traumatismo, y ello en la totalidad de los casos, incluyendo aquellos que van a evolucionar en las mejores condiciones sin daño residual alguno.

Es en este período donde algunos de los elementos extrapatrimoniales del daño se van a mostrar también con especial nitidez e intensidad, como el dolor, la separación de la familia por el mantenimiento en el medio hospitalario, la sumisión a la terapéutica (muchas veces agresiva y peligrosa), el sufrimiento psicológico del paciente, etc.

Es también la parte de la valoración del daño corporal que posee una más intensa carga de subjetividad por parte del paciente, lo que, como lógico resultado, determina la mayor subjetividad del médico evaluador.

Es, en definitiva, un período complejo, enormemente difícil de evaluar y que, como consecuencia, merece del perito una actitud investigadora de mayor entidad que el simple conteo del número de días para multiplicarlos finalmente por una cifra de dinero.

El período de IT se encuentra caracterizado además, en especial en los casos complejos, por ser: remoto, prolongado y contener multitud de sucesos médicos y extra-médicos de gran interés cuando se afronta la valoración.

Conocer estos complejos elementos se puede llegar a hacer gracias a dos herramientas esenciales para el médico evaluador:

1. El examen de documentos médicos, esto es, del historial clínico completo del paciente hasta el momento de la curación.

2. El arte de la anamnesis, como bien dijo el Dr. Marañón, única forma de conocer lo acaecido y la forma en que lo ha vivido el paciente.

Como señaló en su día el profesor Oliveira de Sá la entrevista pormenorizada con el paciente permite establecer la *personalización del daño*, ello con una mentalidad amplia y un sentido positivo. Nunca con la desconfianza que el peligro de la simulación genera. Dice el mismo profesor que cuando el perito, en lugar del "espíritu médico-legal", distingue su actuación con un "espíritu policial" (asumiendo una posición reservada, de desconfianza sistemática ante las quejas del paciente, considerándolo inicialmente como un simulador potencial), la víctima se defenderá y lo hará generalmente exagerando, lo que no sucede, al menos de modo excesivo, cuando siente la receptividad del perito.

Pero centrándonos en la valoración de la IT, es conocido que, como sucede con otros elementos médico-biológicos, la IT no es tampoco un elemento sólido, estable, inamovible, sino justo al contrario. Se trata de un proceso dinámico que evoluciona y varía a lo largo del tiempo y, generalmente, a mejor. En efecto, no es comparable el estado de incapacidad del paciente en las primeras fases de la curación, que cuando éste se encuentra cercano a la conclusión. En los primeros momentos la IT es máxima (el paciente se encuentra encamado en el hospital, muchas veces sometido a inmovilización absoluta, dependiente de los demás para las tareas más elementales), pero conforme la curación avanza la IT disminuye progresivamente, permitiendo que se reintegre poco a poco a diversas actividades hasta alcanzarse el momento de la curación.

Obviar esta realidad, como sucede en nuestro país donde se considera que la IT es máxima durante toda su evolución indemnizándose de igual forma todo éste, es

simplemente una injusticia que debe soportar quien haya de afrontar el pago del *qualItum indemnizatorio*.

Este otro sistema de valoración es el que se emplea en la mayoría de los países afines al nuestro en virtud de ese fundamento se distinguen dos tipos de IT: una TOTAL (ITI), en que el paciente está impedido para todo tipo de actividad (coincidente por lo general con el período de hospitalización), y otra PARCIAL (ITP) que, conforme evoluciona el proceso, se reduce progresivamente, cuantificándose en forma de porcentajes.

Imaginemos el caso de un comerciante autónomo que, a consecuencia de un atropello por una motocicleta, sufre una fractura de tibia el día 1 de enero. Ese mismo día es ingresado en el hospital y permanece encamado durante 20 días, tras lo que es dado de alta debiendo deambular sin cargar con la ayuda de unas canadias durante 30 días. Posteriormente se le retira una de las muletas y se facilita la carga progresiva hasta la curación que se obtiene 60 días después.

Pueden observarse distintos grados de IT en este caso, lo que llevaría a emitir al respecto las siguientes conclusiones:

- 1ª. Existencia de un período de ITT de 20 días (del 1 al 20 de enero).

- 2ª. Existencia de un período de ITP del 90% durante un período de 30 días (del 21 de enero al 19 de febrero).

- 3ª. Existencia de un período de ITP del 70% durante 60 días (del 20 de febrero al 21 de abril).

Pero además hay que tener en cuenta que, al contrario de lo que muchos creen, el período de incapacidad indemnizable y el de impedimento para el ejercicio del trabajo habitual (Incapacidad Laboral Transitoria) no necesariamente deben coincidir. Por ejemplo, en el caso que suponíamos el comerciante podrá reincorporarse a su trabajo antes de la fecha de curación, finalizando así antes la Incapacidad Laboral Transitoria. Así se debería añadir una cuarta conclusión que señalaría que "la IT general comprendida entre el 1 de enero y el 31 de marzo corresponde a ILT".

Por el contrario este mismo caso con el sistema que empleamos habitualmente en España se hubiera limitado a 110 días de baja.

Este sistema de valoración de la IT sólo admite una crítica: el empleo de una importante carga de subjetividad

por parte del perito, pero es indiscutible que permite una valoración más justa.

VI. EL EMPLEO DE BAREMOS

El baremo es un instrumento de medida y como tal es un instrumento de aplicación general, útil para medir el grado de daño que ha sufrido la persona independientemente de sus circunstancias personales. Es decir, es un elemento genérico de medida que permite cuantificar la entidad del daño sobre el patrimonio biológico de la persona. Es por tanto una herramienta que permite uniformar los criterios que se aplican en la valoración de los daños a las personas.

Como elemento de cuantificación, presenta los defectos propios de cualquiera de ellos, especialmente el margen de error en la medida que se hace en cada caso. Pero no es discutible que los baremos presentan la gran ventaja de igualar los criterios que se aplican en la valoración del daño, independientemente del médico que asume el acto pericial. No es infrecuente para los profesionales que actuamos en este ámbito conocer casos similares que, evaluados por profesionales diferentes, han merecido valoraciones dispares. El baremo unifica los criterios de cuantificación y permite valoraciones concordantes en casos de iguales características. Ello justifica suficientemente, a mi juicio, la defensa de su empleo.

No obstante, la utilización de un baremo no debe ser el todo de la valoración de daños personales. Justo al contrario, el baremo permite cuantificar la afectación sobre el patrimonio biológico de la persona, no siendo éste el único elemento a valorar en la mayoría de los casos. Elementos como el dolor, los daños morales, el perjuicio de longevidad, el de afirmación personal y muchos otros, deben ser adecuadamente valorados para que puedan ser justamente indemnizados. Ningún baremo puede ocuparse de cuantificarlos ya que se trata de perjuicios extrapatrimoniales de carácter específico que exigen de criterios de cuantificación diferentes. Toda valoración, en su conjunto, es de carácter específico: sobre una persona concreta, sobre una persona determinada, que desarrolla una actividad precisa. El baremo, como hemos dicho, es un instrumento general, abstracto, para poder ser aplicado a la totalidad de la población. Cuando en un baremo se señala un valor para una secuela concreta, sea ésta funcional, anatómica o psicológica, dicho valor es independiente del sexo, de la edad o de otras circunstancias personales de la víctima, salvo contadísimas excepciones. Por ello el ba-

remo no puede ser jamás el total de la valoración, siendo necesario que ésta se complete con la cuantificación de otros daños -extrapatrimoniales- que el perito debe realizar.

Cuando en España hablamos de baremos, nos viene inmediatamente a la memoria el contenido en la Orden Ministerial de 5 de marzo de 1991, dada su gran profusión y el frecuente empleo que se hace de él en la actual vida judicial.

Este baremo, desde mi punto de vista, posee considerables méritos que merecen ser reconocidos. Especialmente el hecho de haber sido la piedra filosofal alrededor de la cual ha girado el cambio operado en nuestro país en la valoración del daño corporal, determinando que alcance la importancia que le corresponde (acaso ahora algo exagerada), facilitando la consecución por parte de la víctima de adecuadas indemnizaciones. Formalmente es además un baremo aceptable, sobre todo en lo que se refiere a la valoración de secuelas en el apartado de Incapacidad Permanente, con una correcta sistematización, con un adecuado método de puntuación y una conveniente actualización económica automática.

No obstante, como sucede con todos los baremos, presenta diversos inconvenientes que también merecen ser analizados. En primer lugar, sería absurdo pensar que contiene todas las posibles secuelas que un ser humano puede padecer. En este sentido es relativamente deficiente, incluso con algunas ausencias flagrantes. La puntuación otorgada a las secuelas que contempla no siempre es la más acertada a juicio de numerosos especialistas, entre los que me encuentro. La valoración de las lesiones del aparato locomotor es pobre, sobre todo comparada con la muy bien conseguida en las Guías 'de la Asociación Médica Americana), la de las lesiones odontológicas prácticamente no existe, al igual que las consideraciones en relación a las afecciones pediátricas; las secuelas neurológicas son tratadas pobremente, la valoración del daño psíquico están escasísimamente presentes -al igual que la valoración del dolor- y la del perjuicio estético se afronta con criterios obsoletos.

Pero la mayor crítica es comprobar que en España se ha producido la "tiranía del baremo" con la Orden Ministerial de 5 de marzo de 1991. Ninguna valoración de daño corporal en la actualidad en nuestro país parece que se pueda llevar a cabo sino es mediante el referido baremo. Aunque se trata de un dato no vinculante para el Juez, no es infrecuente que se solicite -o incluso se exija- su uso,

para conocer la "puntuación" que alcanza el caso. Pero sobre todo se ha convertido en elemento de vinculación absoluta para los médicos evaluadores que emplean el baremo como conclusión final obligada de sus informes. A pesar de las ventajas de su uso, que antes mencioné, el resultado del empleo de un baremo no debe ser más que un aspecto puntual que sumar al resultado de una buena anamnesis, una correcta exploración y un razonable criterio evaluador aplicado por un médico suficientemente preparado. Parece que hemos olvidado la máxima médico-legal que señalaba que más vale un buen perito con un mal baremo, que un mal perito con un buen baremo. La combinación ideal, como es lógico, es un buen perito y un buen baremo, pero -en ese caso, muy probablemente, la herramienta de medida será innecesaria, dada la cualificación del médico evaluador.

VII. EL PROBLEMA DE LA VALORACIÓN E INDEMNIZACIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO

De todos los perjuicios indemnizables, la Deformidad ha constituido siempre un elemento esencial dentro de la valoración de los daños personales. La Historia nos muestra claramente lo afirmado antes, con numerosas referencias incluidas las del Antiguo Testamento (Lv. XIX, 28 Y XXI, 16 a 22). En el Derecho Romano el perjuicio estético, sobre todo con la obra del jurista Ulpiano (Libro XVIII: "Ad Sabinum"), fue elemento esencial para el ulterior desarrollo del concepto de valor económico de la persona. A partir de ahí la Deformidad continuó ocupando un lugar preponderante en la valoración e indemnización de daños y sobre todo en los textos criminales con un importante dominio mecanicista en el tratamiento penal de las lesiones.

Sin embargo, son varios los fenómenos que se han producido en los últimos años que justifican un cambio en el tratamiento jurídico de este perjuicio: la liberalización de los usos sociales, la disminución de los "sucesos pasionales" que determinaban la valoración criminal de la deformidad en especial modo, la mayor igualdad de sexos con roles más aproximados cada día, el gran desarrollo de la Cirugía Reparadora, el materialismo imperante, la mayor litigiosidad de la ciudadanía, etc.

Estas razones, entre otras, justifican que haya descendido el interés criminal que antes generaba la deformidad, para adquirir mayor importancia la propia reparación económica, la aplicación de medios reparatorios quirúrgi-

cos y la valoración de elementos como las consecuencias psicológicas, el dolor, etc. En resumidas cuentas, el castigo del culpable de este tipo de perjuicio era la satisfacción principal que se ofrecía antes a la víctima, mientras que ello no satisfaría más que a una minoría. La víctima desea que el daño se repare, que se compense el dolor, obtener la restitución anatómica y la recuperación funcional, que se compensen todos los disturbios que tal secuela ha generado, etc., siendo así la compensación económica la única aceptable.

Este cambio social debe conducir a una modificación en la forma de valorar y, como paso previo, a la modificación del tratamiento que de este perjuicio se hace en la Ley (incluida la penal) y la forma en que es indemnizado por nuestros Juzgados y Tribunales.

Esta claro que la simple constatación de la lesión no es suficiente, que el empleo de un baremo incompleto e incorrecto en esta materia -como es el contenido en la Orden Ministerial de 5 de marzo de 1991-, que la entrega de una cifra de dinero para afrontar la cirugía reparadora sin velar por su posterior empleo para tal fin, etc. es una situación inadecuada e injusta tanto para la víctima del daño como para quien deba afrontar el pago de la indemnización.

En el caso de acudir al empleo de baremos para la valoración del perjuicio estético, es más conveniente hacerlo con textos razonables como las *Guías para la Evaluación del Menoscabo Permanente* de la Asociación Médica Americana (AMA), donde se valora el menoscabo en función de elementos como la entidad del daño, síntomas y signos evidenciados, necesidades terapéuticas planteadas, incidencia en el desarrollo de sus actividades, etc..

Pero, como siempre insistiré en señalar, la valoración no debe ser sostenida exclusivamente por un baremo; al contrario, este elemento de medida debe ser sólo un auxiliar más de la metodología exploratoria que debe incluir los siguientes extremos:

a) Valoración de aspectos OBJETIVOS:

1. Tipo de lesión: amputación, cicatriz traumática, cicatriz quirúrgica, queloides, cambios de la pigmentación, etc.

2. Agente causal: que debe ser estudiado en profundidad para comprender las consecuencias lesivas.

3. Localización: las que asientan en el rostro producen especiales consecuencias psicológicas, especialmente si son cercanas a los ojos, nariz o boca por las modificaciones que pueden producir en el gesto o la mímica.

4. Orientación de la lesión en relación a las líneas de tensión de la piel.

5. Tratamiento aplicado inicialmente, lo que influirá en el posterior éxito del tratamiento definitivo.

6. Antigüedad de la lesión.

7. Factores personales: edad, sexo, raza, profesión, estado civil, situación social, etc.

b) Valoración de aspectos SUBJETIVOS: es decir, la vivencia que la víctima hace de la lesión.

1. Dolor.

2. Afección psicológica y moral.

c) Valoración de la REPARACIÓN: que siempre debe ser realizada por un Médico Especialista, analizando los siguientes elementos:

1. Posibilidades reparatorias reales.

2. Tiempo necesario para completar el tratamiento.

3. Número de intervenciones necesarias y sus características.

4. Riesgos genéricos de la Cirugía y específicos de la reparación, que la víctima debe afrontar.

5. Revisión del resultado.

6. Presupuesto estimado.

VIII. LA VALORACIÓN DEL DOLOR

El dolor es un elemento esencial en la valoración del daño corporal, contemplándose como tal en nuestro ordenamiento jurídico. En la práctica, si algún elemento merece una especial consideración, a la hora de fijar el *quantum* indemnizatorio, éste es el dolor padecido por la víctima, más aún si está presente en el futuro como consecuencia del daño residual. Por tratarse de un padecimiento que impresiona especialmente a los Tribunales, que el ser humano teme sobremanera... ¡Cuántas veces hemos oído, incluso dicho, la fortuna que constituye sufrir una enfermedad o morir sin dolor.

En el caso de la víctima de los daños, este fenómeno se presenta con mayor intensidad. Como médico habitua-

do a este tipo de pericias, frecuentemente el lesionado, al inicio de la anamnesis y a pesar de la existencia de secuelas graves, expresa su satisfacción por no haberse visto abocado a padecer intensa y prolongadamente ese temido síntoma. De hecho, al comenzar la entrevista con el médico, la mención al dolor es la primera que hace el paciente.

Lo mencionado debe convencernos de que se trata de un elemento nuclear de la valoración médica del daño corporal y no tan sólo de un síntoma. Sorprendentemente, en cambio, es que la norma en los informes médicos al efecto no hagan mención expresa del dolor o lo hagan mínimamente, lo que da lugar a que jueces y tribunales no lo aprecien en toda su dimensión en el *iter* lógico de fijación de la indemnización, que no se aprecie su valoración específica en la mayoría de los baremos, etc.

Todo lo dicho es consecuencia igualmente de la dificultad de su cuantificación, pero no justifica en modo alguno que no se valore, o que nos limitemos exclusivamente a la aplicación de una tabla de valoración cualitativa o semicualitativa de las muchas construidas el pasado siglo.

Es cierto que el dolor lleva aparejado una alta carga de subjetividad, no sólo por parte del paciente sino también por el médico evaluador. También lo es que el dolor es vivido por unas personas y otras de forma diferente, y que no existe aparato o técnica algunos capaces de cuantificado con precisión y absoluta objetividad. Pero también es cierto que el conocimiento de la Medicina sobre el dolor ha aumentado considerablemente en los últimos años, que la mayoría de los Centros Sanitarios han desarrollado Unidades dedicadas en exclusiva al dolor, que se desarrollan nuevos métodos de valoración de este síntoma (métodos verbales, prueba torniquete-dolor, cuestionario de McGill), etc.

Si en la valoración del daño corporal empleamos todos los avances científicos y técnicos habidos últimamente en Medicina, como la ecografía, la tomografía axial computerizada, la resonancia nuclear magnética y tantas otras, ¿por qué no utilizar estos otros de forma habitual para la cuantificación de un elemento tan importante como el dolor? Es simplemente el resultado de la ignorancia y la desidia de todos los profesionales, médicos o no, que actuamos en éste ámbito.

Con todo, si los medios y métodos antes referidos no están a nuestro alcance, es evidente que el perito puede aproximarse satisfactoriamente a la valoración del dolor,

analizando una serie de factores que serán muy ilustrativos tanto para el profesional como para el lego. Me refiero a aspectos como los siguientes:

1. Valoración del tipo de lesión, su localización, su duración y evolución clínica.
2. Valoración de la terapéutica analgésica prescrita al paciente.
3. Valoración de las terapéutica invasivas y las pruebas diagnósticas a las que ha debido someterse el lesionado.
4. Valoración del síntoma "dolor" por parte del propio paciente.
5. Valoración de la personalidad del paciente -y otras circunstancias personales-, así como de todas las incidencias acaecidas durante la recuperación que han podido influir en este sentido.

Con lo que la apreciación del dolor se hará con mayor exactitud.

IX. LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA

La Leyes de Enjuiciamiento contemplan la prueba pericial como un auxiliar de carácter genérico, no exigiendo titulación ni especialización alguna para afrontarla. Es evidente que en un caso de base médico-biológica el juzgador y las partes acuden a especialistas renombrados que con su prestigio y conocimientos aval en las conclusiones del informe pericial!. Pero esto no es sinónimo de formación especializada obligatoria en el ejercicio del cargo de perito. A mayor abundancia, los Médicos Forenses, peritos oficiales por definición, considerados por Juzgados y Tribunales como especialistas en diversas materias como la Traumatología y Ortopedia, la Ginecología, la Psiquiatría y Psicología Médica, la Anatomía Patológica y un largo etcétera, no lo son en realidad, sino que se trata de Licenciados en Medicina y Cirugía que, tras superar las oposiciones y realizar un breve curso de actualización general, deben afrontar numerosas pruebas periciales de muy variado origen.

En el caso de la valoración del daño corporal, la situación es igual de paradójica. La miriada de médicos que intervenimos en ella es sorprendente: Médicos Inspectores de la Seguridad Social, Traumatólogos, Neurólogos, Médicos Forenses, Psiquiatras, etc. intervenimos habitualmente en estas evaluaciones.

Es absurdo que nos esforcemos en uniformar criterios de valoración y en cambio el procedimiento permita que sean aplicados de tan variado origen y diferente nivel de formación. Sobre todo teniendo presente que la mayoría de ellos no reciben formación específica alguna en valoración de los daños a las personas.

Resulta además sorprendente que mientras ponemos nuestra salud en un profesional sin la adecuada formación especializada, tanto los ciudadanos, como la Administración de Justicia, sí lo hagamos en este capítulo trascendente.

La situación se complica aún más si atendemos a la aparición de numerosos "pseudo-especialistas" en España en los últimos años. El interés que suscita el Daño Corporal, como señalaba al inicio, ha determinado la aparición de numerosos cursos, masters, etc. sobre el tema que otorgan diplomas y titulaciones de escasa fiabilidad en cuanto a querer equipararlos con verdaderos títulos de médicos especialistas. Dicha actividad "formativa" se lleva a cabo sin orden ni concierto, de un modo caótico, sin control de las autoridades académicas competentes, por lo que la posesión de una de esas titulaciones no debe ser -como ahora sucede- patente de corso para transformar las opiniones de su titular en verdades absolutas, cuando no aseguran la correcta y completa formación especializada.

En España la única Especialidad Médica reconocida por los Ministerios de Educación y de Sanidad e incluida dentro de la relación de especialidades médicas, que asegura una adecuada formación de quien la ostenta -incluyendo la valoración médica del daño corporal-, es la de Medicina Legal y Forense, a la que se accede, como en el resto de las especialidades, por la vía del examen MIR para afrontar tres cursos de formación en un centro universitario. Paradójicamente, se ha creado la especialidad pero no las vías por las que orienten su quehacer profesional estos especialistas, los únicos adecuadamente formados y legalmente reconocidos para tal fin. Atribuir a otros profesionales dicha capacidad es un error que debemos evitar en la consecuencia de adecuadas pruebas periciales en el terreno que nos ocupa, entre otros.

A modo de conclusión y resumen, debo señalar que, aún siendo imposible examinar todos los aspectos críticos de la valoración del daño corporal en un breve texto como éste, sí se puede deducir de su lectura que debemos afrontar aún numerosos retos para conseguir una forma más objetiva y equilibrada de realizar estas valoraciones. Son muchas las partes interesadas y es complejo conseguir

que todas sean tratadas con la misma equidad y objetividad, por lo que estamos obligados a extremar nuestros esfuerzos para mejorar las actuaciones en tomo a este tema. Debemos comenzar por mejores pruebas periciales médicas, más completas y competentes, lo que no es sólo misión del médico evaluador, sino también de quien solicita la pericia y la evalúa, quien se encuentra obligado a criticarla en justicia, exigiendo el máximo nivel de competencia profesional por parte del médico, informes completos, criterios uniformes y objetivos de valoración, que confluyan en el resultado de valoraciones ajustadas que se deriven en decisiones judiciales cada vez más justas.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. DE ANGEL Y AGÜEZ R (1988) La reparación de daños personales en el Derecho español, con referencia al Derecho comparado. Symposium sobre Valoración del Daño Corporal, Granada 17 y 18 de noviembre de 1988.
2. BARROT R (1988) Les grands handicapés. En: Le Dommage Corporel et sa compensation. Pratique médico-légale et judiciaire. LITEC, Libraire de la Cour de Cassation, París, pp.: 345-458.
3. BLANC-MOLLET M, MORETTI H, ROGIER A, ROUSSEAU C (1990) L'expertise des grands handicapés. Rev. Fran_. Domm. Corp., 4: 585-608.
4. DE VEGA RUIZ JA (1992) Tratamiento jurídico del SIDA. Editorial COLEX, Madrid, 141 páginas.
5. DICCIONARIO INDICE DE JURISPRUDENCIA PENAL 1973. 1982. Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia. Tomo III, Madrid, 1986.
6. FILPO DIAZ A (1992) El daño corporal y su reparación en el Derecho Civil. En: La valoración del daño corporal. Publicaciones del Consejo de los Colegios de Age_tes y Conedores de Seguros de España, Madrid, pp.: 179-190.
7. FIORI A (1987) La Valutazione medico-legale del danno a la persona da responsabilità civile dopo la sentenza n° 184 di 30.6.86 deHa Corte Costituzionale. Rivista Italiana de Medicina Legale, 11: 383-409.
8. FOURNIER C (1993) Aspects médico-légaux des états végétatifs chroniques. Rev. Fran_. Domm. Corp., 2: 120-122.
9. HERNÁNDEZ CUETO C et al (1995) La valoración médica del daño corporal: Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. Masson-Salvat Ediciones S.A., Barcelona (en prensa).
10. Ley 26/1990, de 19 de mayo, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas. B.O.E. n° 306, de 22 dediciembre de 1990.
11. LE ROY M (1985) Modes d'indemnisation. En: L'evaluation du Prejudice Corporel. LITEC (Libraire de la Cour de Cassation). París, pp.:54-59.
12. MOUTHON JM, PAPELARD A, RICHE F (1991) HIV, SIDA et accident. Rev. Fran_. Domm. Corp., 1: 63-67.
13. OLIVEIRA DE SÁ F (1992) Nexo de causalidades. En: Clínica medico-legal da reparacao do dano corporal em direito civil. APADAC, Coimbra, pp.: 43-51.
14. PÉRIER M (1980) Réflexions sur l'indemnisation des victimes en état végétatif chronique. Rev. Fran_. Domm. Corp., 4: 647-661.
15. PROUST B (1992) Autour de la consolidation. Rev. Fran_. Domm. Corp., 4: 361-373.
16. Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, por el que en cumplimiento de la Ley 13/1982 se regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos. B.O.E. n° 133, de 4 de junio de 1983.
17. Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982 de integración social de los minusválidos. B.O.E. n° 49, de 27 de febrero de 1984.
18. Real Decreto 556/1989, de 19 de mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios. B.O.E. n° 122, de 23 de mayo de 1989.
19. Real Decreto 521/1990, de 27 de abril, por el que se aprueba el texto articulado de la Ley de Procedimiento Laboral. B.O.E. n° 105, de 2 de mayo de 1990.
20. RUIZ VADILLO E (1992) La valoración judicial del daño corporal y de la pérdida de la vida humana. En: La valoración del daño corporal. Publicaciones del Consejo de los Colegios de Agentes y Corredores de Seguros de España, pp.: 191-206.
21. Sentencia n° 48/1989, dictada por la Sección Segunda de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional, en juicio seguido por delito contra la salud pública. Con-

- sejo General del Poder Judicial, Boletín de Información, 2a Epoca, Año IX, Madrid, Junio de 1989, 791 páginas.
22. TUMADINI A (1993) Les finalités de la réparation financière. Rev. Fran. Domm. Corp., 2: 134-138.
23. VILLANUEVA E (1993) El nexo de causalidad en el Derecho español, italiano y portugués. XII Meetinga de la Academia Internacional de Medicina Legal y Medicina Social, Ginebra.
24. ROUSSEAU C, FORUNIER C (1989) Précis d'Évaluation du Dommage Corporel en Droit Commun. AREDOC et CDDC (eds.), Soullisse-Cassegrain, Niort.