

# El Baremo Legal es poco adecuado para la Valoración del Daño Corporal.

---

A. Ortega Pérez<sup>1</sup>

---

## RESUMEN

Se discute la utilidad del baremo anexo a la Ley 30/1995 para la valoración del daño corporal a partir de un caso de fractura de la primera vértebra lumbar, peritado por el autor. Se concluye que esta tabla dificulta a menudo la tarea del médico valorador y posteriormente la del juez, por lo que sería recomendable proceder a la revisión a fondo de dicho baremo.

**Palabras clave:** baremo legal, daño corporal, perito, médico forense, valoración.

## ABSTRACT

In Spain there are compulsory tables, annex to the Law 30/ 1995, for expert doctors to help judges in evaluating personal injury. The usefulness of these tables is discussed using a clinical case of fracture of the first lumbar vertebra, whose medical report was elaborated by the author. The conclusion is that many times these tables interfere with the task of the expert doctor and, afterwards, with that of the judge. So these tables should be thoroughly reviewed.

**Key Words:** expert doctor, evaluation, legal tables, personal injury.

---

## INTRODUCCIÓN

El baremo anexo a la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de ordenación y supervisión de los seguros privados (B.O.E. de 9 de noviembre), representó tanto un avance como un retroceso para el resarcimiento de las lesiones, como sabemos los médicos forenses y el resto de peritos dedicados a la valoración del daño corporal. Representó, para los menos, una ayuda, porque limita la discrecionalidad del juez en la valoración y suele reducir el monto indemnizatorio, y para los más un obstáculo, al entorpecer la valoración; es así porque en el baremo y desde un punto de vista estrictamente médico:

- Faltan determinadas lesiones, incluso las generales.

<sup>1</sup> Doctor en Medicina. Médico Forense de los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Falset y Gandesa (Tarragona).

Dirección de contacto: Passatge dels Grallers, 32; 43205 Reus (Tarragona); Tfno. y Fax: 977-774 990. E-mail: aop@fmcs.urv.es

- A menudo, las lesiones del paciente no pueden encuadrarse correctamente en los epígrafes del baremo, o incluso

- Se valoran de forma muy diferente lesiones que causan pérdidas funcionales similares, o viceversa.

No es mi intención discutir las ventajas e inconvenientes teóricos de este sistema, aspecto que otros han tratado mejor de lo que yo podría hacer (1, 2, 3), sino ejemplificar la situación presentando y discutiendo un caso que perité recientemente; al redactar las "consideraciones del médico forense" de esa peritación mostré varias prevenciones hacia el baremo, que expongo aquí.

## CASO CLÍNICO

Una mujer de 28 años circulaba en una motocicleta cuando sufrió un accidente de tráfico y cayó al suelo, golpeándose con violencia la espalda contra este.

La lesión principal que sufrió en la caída fue una fractura conminuta del cuerpo y de la lámina derecha de L1, con luxación posterior de ambas porciones y estenosis del canal raquídeo. La contusión del cono medular le causó: hipoalgesia de distribución metamérica entre L1 y L5, con analgesia bajo este nivel, pérdida completa de la fuerza de los músculos tibial anterior, extensor propio del primer dedo y tríceps sural y desaparición de los reflejos osteotendinosos rotulianos.

Le practicaron una artrodesis D12-L2 por vía posterior y le prescribieron un corsé de *neofrack* y rehabilitación bajo supervisión facultativa.

Tras un mes de ingreso le dieron el alta hospitalaria, padeciendo todavía un síndrome de epicono incompleto desde L4, de predominio derecho, con hipoestesia en L5, S1 y S2 e hipoalgesia y disestesias en L5 y S1; pérdida parcial de la fuerza de los músculos de las extremidades inferiores: tibial anterior 3/4+ (derecho/izquierdo), extensor propio del primer dedo 0/3, tríceps 2+/3+. Sufría también de micción imperiosa (aunque las ecografías renal y vesical fueron normales) e incontinencias vesical y fecal ocasionales.

Los rehabilitadores consideraron la opción de trasponer parte del tibial anterior derecho al peroneo lateral, para estabilizar el tobillo, pero decidieron no intervenir porque el músculo era demasiado débil para tolerar el reparto.

En el momento de darle la sanidad, la paciente padece las siguientes secuelas:

a) En la espalda:

- Dolor lumbar ocasional, al estar algún tiempo agachada o unos tres cuartos de hora de pie o caminando. Cuando prevé alguna de estas situaciones ha de llevar el corsé.

- Material de osteosíntesis en la columna.

- Cicatrices quirúrgicas en la espalda.

b) En el perineo:

- Disestesias en los genitales externos (metámeras L5 y S1).

- Micción imperiosa, con dificultad para el vaciado voluntario e incontinencia ocasional.

- Urgencia en la defecación, con incontinencia ocasional.

Estas alteraciones le dificultan, como es lógico, las relaciones sexuales y complicarán el o los posibles embarazos y partos, porque la paciente está casada, no tiene hijos y desearía tenerlos.

c) En las extremidades inferiores:

- Déficit termoalgésico y disestesias en las dos piernas (metámeras L5, S1 y S2).

- Déficit en la flexoextensión de los tobillos y en la de los dedos de los pies, más acusado en el derecho, que le permite caminar sin bastones, aunque con dificultad y a un paso más lento, y necesitando apoyo para subir y bajar escaleras.

- Molestias en las rodillas al subir escaleras.

- Pie derecho en equino y aducción leves, por debilidad de los músculos dorsales de la pierna y de los peroneos laterales. Arrastra ligeramente este pie al caminar, por lo que precisa calzar una bota de sujeción del tobillo.

- Los dedos del pie derecho están algo deformados "en garra".

En conjunto, estas secuelas le impiden realizar su ocupación habitual, siéndole posible desarrollar tareas que tengan pocas exigencias físicas. De hecho, la paciente se planteaba dedicarse a la docencia. En la revisión correspondiente le concedieron la incapacidad permanente para todo tipo de trabajo.

Las secuelas le causan, como es obvio, un dolor moral importante y una limitación en campos muy importantes de su vida: en la relación de pareja o en las aficiones que comporten ejercicio moderado, como el baile o los paseos largos, por ejemplo.

En el futuro, la paciente necesitará seguimiento médico frecuente, ya sea para resolver las complicaciones más o menos previsibles a medio o largo plazo, para la vigilancia de un posible embarazo o para valorar las posibilidades terapéuticas que puedan ir presentándose. Por ejemplo, si empeora la dificultad de evacuación urinaria puede necesitar sondajes repetidos, lo cual facilitará la aparición de infecciones urinarias; por otro lado, las molestias en la espalda terminarán causando lumbalgia, etc.

## DISCUSIÓN

Veamos cómo pueden valorarse estas secuelas utilizando el baremo legal:

\* La forma más sencilla de hacerlo sería utilizando el concepto de "**síndrome medular transverso L1-S1**", que permite la marcha con aparatos y que incluye alteraciones esfinterianas rectales y urinarias"; el baremo le da entre 70 y 85 puntos.

Ahora bien, puesto que el síndrome medular transversal habrá sido consecuencia en la mayoría de los casos de un traumatismo dorsal, que habrá recibido algún tratamiento quirúrgico ¿debemos dar por incluidos en este concepto el **material de osteosíntesis en la columna** (8 puntos) y las **cicatrices quirúrgicas de la espalda** (4 puntos, al valorarlas como un perjuicio estético leve para una mujer de su edad y de su figura)?.

La alternativa a lo anterior es buscar en la norma legal cada una de las secuelas que padece el paciente y valorarlas individualmente:

\* **Rigidez dorsal o lumbar grave**, con más del 30 % de disminución de la movilidad. El baremo le otorga entre 10 y 25 puntos.

\* **Lumbalgia**, baremable entre 2 y 12 puntos.

Aquí existe otro problema, porque la corrección quirúrgica de la fractura de L1 ha comportado la rigidez de la columna y la lumbalgia, es decir que las tres forman parte del mismo proceso patológico. ¿Deberemos puntuarlas independientemente o pueden baremarse en conjunto?.

\* Los trastornos del vaciado vesical de la paciente no están contemplados en el baremo. Habremos de asimilarlos a una **incontinencia urinaria de esfuerzo** (de 2 a 15 puntos) ya que, no siéndolo, es aún menos una incontinencia permanente.

\* La adecuación del baremo al caso presentado es todavía menor para los trastornos defecatorios: se compensa la **incontinencia anal** con 20-50 puntos, según conlleve prolapso o no. Parece una puntuación desproporcionadamente alta para las molestias de la paciente, especialmente si se compara a la puntuación concedida a la incontinencia urinaria.

\* Los déficits que sufre en ambas extremidades inferiores deben resarcirse usando las categorías **paraparesia leve o moderada de miembros inferiores** (20-30 o 30-40 puntos, respectivamente).

\* Al igual que unos párrafos más arriba, ¿debemos dar por incluida en la paraparesia la **atrofia de los músculos de la pierna** (5-12 puntos) o es menester valorar esta por separado?.

\* Por último, las secuelas talaras deben estimarse acudiendo al concepto de **inestabilidad del tobillo por lesiones ligamentosas** (5-10 puntos), aunque, como antes, no se corresponde con las lesiones que ha sufrido la paciente.

¿Cómo resolver todas estas discrepancias?. Antes de que los jueces tuvieran la obligación de resarcir el daño corporal siguiendo este baremo, la valoración era más compleja (4, 5), pero podía ajustarse más a la realidad del caso estudiado, lo que es a fin de cuentas el objetivo de todas nuestras actuaciones.

Sin embargo, el baremo legal a menudo encorseta al médico valorador y le obliga a:

a) Encajar forzosamente los trastornos de un paciente en los conceptos del baremo, porque faltan descripciones o estas no son adecuadas a la situación concreta. Así ocurría en el caso presentado con los trastornos del vaciado vesical de la paciente o con su inestabilidad del tobillo.

b) Elegir entre unas u otras descripciones del baremo, porque estas se solapan. El criterio del médico debe, nuevamente, suplir las deficiencias de la norma. El ejemplo puede ser la rigidez de la columna dorsolumbar y la lumbalgia consiguiente.

c) Valorar excesiva o pobremente determinadas lesiones, porque no se ha graduado suficientemente su intensidad en la horquilla de valores del baremo. Así ocurre con la incontinencia anal. En relación con esto, los márgenes de valoración son mucho más amplios en unas lesiones que en otras, como sucede en la rigidez grave de la columna (2-10 puntos) o la incontinencia urinaria de esfuerzo (2-15 puntos) comparadas con el síndrome medular transversal (70-85 puntos), mucho más complejo.

Así pues, sin el recurso a las consideraciones teóricas, sino exponiendo y discutiendo un caso clínico real, creo que se puede llegar a la conclusión expuesta en el párrafo siguiente.

## CONCLUSIÓN

Del caso presentado puede inducirse que el baremo para valorar el daño corporal apenas cumple su tarea de ayudar a resarcir de una manera justa por las lesiones sufridas, y las limitaciones de este aconsejan que los médicos valoradores prescindan de él en sus dictámenes o que sea reformado, teniéndoles en cuenta en la redacción del próximo.

## BIBLIOGRAFÍA

(1) Fernández J. Los pucheros y la justicia: apuntes sobre valoración y resarcimiento del daño corporal. En: Cuadernos de Derecho Judicial. Medicina Legal. Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993; pp. 255-345.

(2) Rodríguez M. Algunos comentarios al anexo del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Rev Esp Daño Corporal 1995; 1 (2): 7-11.

(3) Borobia C. Métodos de valoración del daño corporal. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1989.

(4) Martínez P, Vega J. La valoración del daño corporal. El médico 1995 jun; (572): 50-56.

(5) Pérez B, García M. Manual de valoración y baremación del daño corporal. Ed. Comares, 3ª ed. Granada, 1994. □