

PARLAMENTO EUROPEO

1999



2004

Comisión de Asuntos Jurídicos y Mercado Interior

PROVISIONAL
2003/2130(INI)

27 de agosto de 2003

PROYECTO DE INFORME

con recomendaciones destinadas a la Comisión sobre una Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas (2003/2130(INI))

Comisión de Asuntos Jurídicos y Mercado Interior

Ponente: Willi Rothley

(Iniciativa - artículo 59 del Reglamento)

PR_INI_art59

ÍNDICE

PÁGINA REGLAMENTARIA.....	4
PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO	5
ANEXO A LA PROPUESTA DE RESOLUCIÓN RECOMENDACIONES DETALLADAS RESPECTO AL CONTENIDO DE LA PROPUESTA SOLICITADA	6
ANEXO A LA PROPUESTA DE RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO	10
EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.....	69

PÁGINA REGLAMENTARIA

En la sesión del ..., el Presidente del Parlamento anunció que se había autorizado a la Comisión de Asuntos Jurídicos y Mercado Interior a elaborar un informe de iniciativa legislativa, de conformidad con los artículos 59 y 163 del Reglamento, sobre una Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas.

En la reunión del 8 de julio de 2003, la Comisión de Asuntos Jurídicos y Mercado Interior designó ponente a Willi Rothley.

En la(s) reunión(es) del/de los días ..., la comisión examinó el proyecto de informe.

En esta última reunión/la última de estas reuniones, la comisión aprobó la propuesta de resolución por ... votos a favor, ... voto(s) en contra y ... abstención(es)/por unanimidad.

Estuvieron presentes en la votación: Giuseppe Gargani (presidente), ... (vicepresidente(a)), ... (vicepresidente(a)), Willi Rothley (ponente), ..., ... (suplente de ...), ... (suplente de ..., de conformidad con el apartado 2 del artículo 153 del Reglamento), ... y

El informe se presentó el 27 de agosto de 2003.

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO

**con recomendaciones destinadas a la Comisión sobre una Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas
(2003/2130(INI))**

El Parlamento Europeo,

- Visto el párrafo segundo del artículo 192 del Tratado CE,
 - Vistos los artículos 59 y 163 de su Reglamento,
 - Visto el informe de la Comisión de Asuntos Jurídicos y Mercado Interior (A5-0000/2003),
- A. Considerando la ausencia de disposiciones comunitarias sobre la evaluación de daños corporales,
- B. Considerando que no se halla en fase de elaboración ninguna propuesta en el sentido del apartado 2 del artículo 59 de su Reglamento,
1. Pide a la Comisión que le presente, basándose en el artículo 308 del Tratado CE, una propuesta de recomendación del Consejo sobre una Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas, siguiendo las recomendaciones que se detallan en el anexo;
 2. Constata que estas recomendaciones respetan el principio de subsidiariedad y los derechos fundamentales de los ciudadanos;
 3. Considera que la propuesta solicitada carece de repercusiones financieras;
 4. Encarga a su Presidente que transmita la presente Resolución y las recomendaciones que se detallan en el anexo a la Comisión y al Consejo.

ANEXO A LA PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

RECOMENDACIONES DETALLADAS RESPECTO AL CONTENIDO DE LA

PROPUESTA SOLICITADA

Proyecto de una propuesta de la Comisión

DE RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO

sobre una Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas

EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA,

- Visto el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y, en particular, su artículo 308,
- Vista la propuesta de la Comisión,
- Considerando lo siguiente:
 - (1) En cada uno de los Estados miembros de la Unión Europea, la evaluación y la reparación de los daños corporales se basan en disposiciones legales y en tradiciones jurisprudenciales y doctrinales diferentes;
 - (2) La indemnización del daño corporal constituye frecuentemente el objeto de controversias y litigios con repercusiones transfronterizas;
 - (3) Con el fin de facilitar la libre circulación de personas en el mercado interior, es deseable cierta aproximación de las prácticas de evaluación existentes en los Estados miembros;
 - (4) En el estado actual del desarrollo del Derecho comunitario y habida cuenta de los principios de subsidiariedad y proporcionalidad, es conveniente recomendar a los Estados miembros que, cuando procedan a la evaluación de los daños corporales, tengan en cuenta un baremo de evaluación europeo;
 - (5) La evaluación se fundamenta en las agresiones a la integridad física y/o psíquica médicamente constatables y, por ende, evaluables por un médico. La evaluación reproducible de los daños morales puros médicamente explicables (plausibles pero no constatables, luego no evaluables) sólo es posible en caso de realizarse aplicando una misma y única tasa, ya que no se puede modular lo que no se puede objetivar;
 - (6) La evaluación requiere una unidad y un sistema. En este contexto, se ha optado por un sistema porcentual para no modificar en demasiada profundidad la práctica médico-legal de los peritos europeos;

- (7) La lesión psicofísica (AIPP, por sus siglas en francés) se ha definido en los siguientes términos: "la reducción definitiva del potencial físico y/o psíquico médicamente constatable o médicamente explicable, a la que se añaden los dolores y las repercusiones psíquicas que el médico sabe que se asocian normalmente a la secuela, así como las consecuencias en la vida diaria habitualmente y objetivamente asociadas a dicha secuela";
- (8) La tasa de AIPP es el orden de magnitud, relacionado con un máximo teórico de 100 %, de la dificultad que siente todo individuo cuyas secuelas han sido cuantificadas de este modo para realizar los gestos y actos habituales de la vida diaria extraprofesional, es decir, el orden de magnitud de su "incapacidad personal";
- (9) El porcentaje de AIPP no es una unidad de medida, sino una unidad de evaluación, resultado de la integración de mediciones de fenómenos diversos con ayuda de instrumentos diversos, luego expresados en unidades diversas, y por una opinión intuitiva fruto de la experiencia y del arte de comprender los imponderables;
- (10) El baremo europeo no es ni un manual de patología secuelar ni un compendio de evaluación. Se ha concebido para uso exclusivo de los peritos, esto es, médicos que conocen los principios de la medicina legal civil y las normas de uso en materia de estado anterior y de incapacidades múltiples;
- (11) No se trata de un maxi-baremo, sino de una guía que ofrece las tasas centrales relevantes para las lesiones de los órganos y de las funciones. Aun así, dado que es lo suficientemente detallado, en el futuro podrá servir eventualmente como baremo de referencia en el campo de los seguros personales;
- (12) Algunos tipos de secuelas (por ejemplo, oftalmológicas, otorrinolaringológicas, estomatológicas, etc.) requieren la atención de un especialista en la materia. El perito médico deberá encontrar en el informe del experto sobre el tema en cuestión todos los datos técnicos y elementos de reflexión que permitirán al médico evaluador pronunciarse sobre la imputabilidad y la cuantificación de las secuelas;
- (13) Las tasas propuestas se refieren al individuo en su globalidad y no cuantifican una deficiencia con respecto a la integridad, valorada en el 0 %, de una función o de un órgano;
- (14) Estas tasas se refieren a secuelas consideradas de forma aislada;
- (15) En aquellos casos de secuelas múltiples, la tasa global no corresponde automáticamente a la suma de las tasas aisladas; su cálculo difiere dependiendo de si las secuelas son sinérgicas (secuelas que participan en la misma función) o no.

La presente guía no contiene una fórmula pseudo-matemática, sino que requiere una aplicación del sentido clínico, el sentido común y el realismo del médico evaluador:

- en los casos de lesiones simultáneas de un mismo miembro u órgano a distintos niveles, la tasa global no es la suma de las tasas aisladas, sino la suma que se obtiene de su sinergia, no pudiendo superar la tasa de pérdida total de la extremidad o del

órgano de que se trate;

- en los casos de lesiones simultáneas sinérgicas que afecten a diferentes extremidades u órganos, será preciso valorar el índice global de lesión de la función de que se trate;
- en los casos de incapacidades múltiples no sinérgicas, la tasa global no deberá superar la suma de las tasas aisladas, ya que, de lo contrario, la tasa máxima del 100 % se superaría con frecuencia, cuando en realidad el herido todavía posee cierta capacidad. Por tanto, habría que comparar el estado de la víctima con situaciones clínicas tipo cuyas tasas de AIPP se conocen. En particular, resultará imperativo explicar la situación concreta cuyo polimorfismo no puede reducirse a la abstracción de una tasa aislada de su contexto;


- (16) La presente guía no ofrece unas “cifras estándar”, sino que requiere la aplicación de un enfoque clínico de las secuelas y el análisis de sus consecuencias objetivas en la vida diaria. Esta aprehensión global del estado secuelar requiere una explicación del origen de la tasa de la AIPP. Cabe señalar, por ejemplo, que no ofrece una tasa para la laringectomía, por lo que habrá que cuantificar de forma global el impacto de la disnea, la afonía o la disfonía en la vida cotidiana, fijando una tasa en el baremo correspondiente a cada una de estas secuelas;
- (17) En aquellos casos de anquilosis postraumática del codo en una persona amputada de la mano homolateral, sin duda la tasa será distinta de la correspondiente a la misma anquilosis en un individuo que conserve su mano;
- (18) Teniendo en cuenta que esta guía ha adoptado una orientación lo más funcional posible, ésta ofrece para las amputaciones de las extremidades inferiores unas tasas que corresponden a amputaciones con prótesis adecuadas, pues se trata de las situaciones más frecuentes en la práctica. En efecto, salvo en el caso eventual de una amputación del pie, el herido no puede andar ni mantenerse en pie sin una prótesis. Además, estas tasas podrían modificarse si la prótesis resultara poco eficaz o, por el contrario, si se tratara de una prótesis muy avanzada;
- (19) De igual modo, e independientemente de la función considerada (marcha, audición, etc.), cuando una prótesis, una ortesis o una ayuda técnica suministrada al paciente mejore los trastornos funcionales, se tendrán en cuenta los beneficios aportados a la hora de valorar dichos trastornos;
- (20) Las situaciones no descritas se evaluarán mediante la comparación con situaciones clínicas descritas y cuantificadas;
- (21) Dado que las situaciones excepcionales y las puramente teóricas son inconcebibles en el estado actual de los medios terapéuticos disponibles, no se han tenido en cuenta;
- (22) El baremo es una guía, por lo que no tiene carácter prescriptivo. En caso de que deba establecerse una tasa de AIPP muy elevada, deberá recalcarse especialmente su carácter simplemente indicativo;

(23) La tasa se explicará sistemáticamente y, en caso de secuelas graves, imperativamente;

(24) Un Observatorio Europeo del baremo se encargará de su revisión permanente en función de los comentarios, las críticas fundadas, los problemas de utilización, los métodos de evaluación y el avance de los conocimientos médicos;

RECOMIENDA

Que los Estados miembros adopten las medidas adecuadas para que las autoridades competentes utilicen como guía de referencia el baremo europeo de evaluación que se adjunta cuando procedan a evaluar las lesiones físicas y psíquicas.

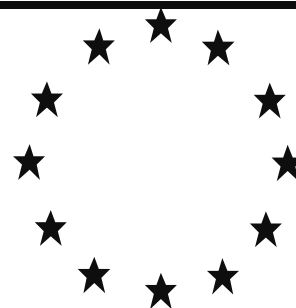
The page is decorated with several large, solid black five-pointed stars arranged in a circular pattern around the central text.

Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas

ÍNDICE

Índice	11
I. Sistema nervioso	12
Neurología	12
Psiquiatría	17
Déficits sensitivomotores	18
II. Sistema sensitivo y estomatología	20
Oftalmología	20
Otorrinolaringología	24
Estomatología	26
III. Sistema osteoarticular	28
Extremidad superior	29
Extremidad inferior	39
Raquis	46
Pelvis	48
IV. Sistema cardio-respiratorio	49
Corazón	49
Aparato respiratorio	51
V. Sistema vascular	53
Arterias	53
Venas	54
Linfáticos	54
Bazo	54
VI. Aparato digestivo	55
Hepatogastroenterología	56
VII. Sistema urinario	58
VIII. Aparato reproductor	60
IX. Sistema endocrino	62
X. Piel	65
Quemaduras profundas o cicatrizaciones patológicas	65
Índice alfabético	66

I. SISTEMA NERVIOSO



I. SISTEMA NERVIOSO

Las situaciones no descritas se valorarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

Quando el baremo sólo se refiera a la deficiencia total, deberán valorarse las secuelas parciales en función de la deficiencia observada, teniendo en cuenta la tasa de la pérdida total.

A) NEUROLOGÍA

a) Secuelas motoras y sensitivomotoras

Tetraplejía completa, según el nivel: <ul style="list-style-type: none">• de C2 a C6;• por debajo de C6.	95 % 85 %
Hemiplejía completa: <ul style="list-style-type: none">• con afasia;• sin afasia.	90 % 75 %
Paraplejía completa, según el nivel.	70 a 75 %
Cola de caballo, lesión completa, según el nivel.	25 a 50 %

b) Trastornos cognitivos

El análisis de los síndromes deficitarios neuropsicológicos debe hacer referencia a una sintomatología precisa. El síndrome denominado “frontal” corresponde en realidad a entidades actualmente bien definidas cuyas deficiencias asociadas, más o menos importantes, producen cuadros clínicos muy polimorfos.

Por lo tanto, la evaluación de la tasa de incapacidad deberá basarse imperativamente en balances médicos precisos y especializados, en los que se establezca una correlación entre las lesiones iniciales y los datos de los exámenes clínicos y paraclínicos.

Síndrome frontal

Forma profunda con apraxia acompañada de trastornos graves de inserción social y familiar.	60 a 85 %
Forma severa con alteración de los comportamientos instintivos, pérdida de iniciativa, trastornos del humor e inserción social y familiar precaria.	35 a 60 %
Forma moderada con bradipsiquia relativa, dificultad de memorización, trastornos del humor y repercusiones en la inserción social y familiar.	20 a 35 %
Forma leve con distractibilidad, lentitud, dificultad de memorización y de elaboración de estrategias complejas. Trastorno de inserción social y familiar leve o inexistente.	10 a 20 %

2) Trastornos de la comunicación

Afasia grave con jergafasia, alexia y trastornos de la comprensión.	70 %
Forma leve: trastornos en la denominación y en la repetición, parafasia. Comprensión conservada.	10 a 30 %

3) Trastornos de la memoria

Síndrome de Korsakoff completo	60 %
Trastornos que combinan: olvidos frecuentes, molestos en la vida diaria con necesidad de utilizar recordatorios en el día a día, falsos reconocimientos, eventualmente fabulaciones, dificultades de aprendizaje y trastornos de la evocación.	10 a 60 %
Pérdida total o parcial de los conocimientos didácticos: <i>Las tasas correspondientes se valorarán de acuerdo con la misma escala que los trastornos de la memoria.</i>	

4) Trastornos cognitivos leves

En ausencia de síndrome frontal o de lesión aislada de una función cognitiva, algunos traumatismos craneales más o menos graves pueden dejar subsistir dolencias objetivables que reflejan un síndrome diferente del síndrome postconmocional, en el que se asocian:

Labilidad de la atención , lentitud del pensamiento, dificultad de memorización, fatigabilidad intelectual, intolerancia al ruido y humor inestable, persistente durante más de 2 años.	5 a 10 %
--	-----------------

5) Demencia

No se aporta la prueba de demencias postraumáticas. Las demencias denominadas “de tipo Alzheimer” y las demencias seniles no son nunca postraumáticas.

c) Deficiencias mixtas cognitivas y sensitivomotoras

Estas deficiencias mixtas constituyen las secuelas características de los traumatismos craneales graves. Con frecuencia, las disfunciones frontales se asocian a deficiencias cognitivas, trastornos del comportamiento, síndromes piramidales y/o cerebelosos, trastornos sensoriales (hemianopsias, parálisis oculomotora, etc.) que corresponden a lesiones visualizadas mediante técnicas de diagnóstico por la imagen.

Estas asociaciones producen cuadros clínicos que difieren de un individuo a otro, de forma que no se puede proponer una tasa concreta, a diferencia de lo que ocurre con las secuelas perfectamente individualizadas. Estas deficiencias deberán evaluarse en su conjunto.

Sin embargo, en el contexto de la evaluación médico-legal se pueden identificar varios niveles de gravedad en función de la deficiencia global.

Abolición de toda actividad voluntaria útil , pérdida de toda capacidad relacional identificable.	100 %
Déficits sensitivomotores graves que limitan gravemente la autonomía, asociados a deficiencias cognitivas incompatibles con una vida relacional normal.	85 a 95 %
Trastornos cognitivos graves que incluyen en primer lugar desinhibición y alteraciones graves del comportamiento, y comprometen toda socialización, con déficits sensitivomotores compatibles con una autonomía para los actos básicos de la vida diaria.	60 a 85 %
Trastornos cognitivos que combinan una alteración permanente de la atención y de la memoria, pérdida relativa o total de iniciativa y/o de autocritica, incapacidad para resolver situaciones complejas y déficits sensitivomotores patentes, aunque compatibles con una autonomía para los actos de la vida diaria.	40 a 60 %

Trastornos cognitivos que asocian lentitud del pensamiento evidente, marcada pérdida de memoria, dificultad para elaborar estrategias complejas y déficits sensitivomotores leves.	20 a 40 %
---	------------------

d) Epilepsia

No se puede proponer una tasa de incapacidad sin pruebas del traumatismo craneoencefálico y de las crisis, ni antes de que haya transcurrido el plazo necesario para la estabilización de la evolución espontánea de los trastornos y para la adaptación al tratamiento.

1) **Epilepsias con alteración de la conciencia**

(Epilepsias generalizadas y epilepsias parciales complejas)

Epilepsias no controlables , a pesar de un tratamiento adaptado y controlado, con crisis casi a diario.	35 a 70 %
Epilepsias difícilmente controladas , con crisis frecuentes (varias al mes) y efectos secundarios de los tratamientos.	15 a 35 %
Epilepsias bien controladas mediante un tratamiento bien tolerado.	10 a 15 %

Epilepsias sin alteración de la conciencia

Epilepsias parciales simples, debidamente comprobadas, según el tipo y la frecuencia de las crisis y según los efectos secundarios de los tratamientos.	10 a 30 %
--	------------------

Las anomalías aisladas del electroencefalograma (EEG), en ausencia de crisis conocidas, no permiten establecer el diagnóstico de epilepsia postraumática.

e) Síndrome postconmocional

Quejas no confirmadas objetivamente tras una pérdida de conocimiento	2 %
--	------------

f) Dolores por desaferenciación:

Son dolores derivados de una lesión del sistema nervioso periférico, percibidos sin estimulación nociceptiva y que pueden ser de varios tipos clínicos: anestesia dolorosa, descargas fulgurantes, hiperpatías (dolores de muñón de tipo miembro fantasma en las

amputaciones o neuralgias del trigémino).

Son “dolores excepcionales” que no forman parte del cuadro de secuelas habitual y, que por tanto, no se incluyen en las tasas de AIPP. Constituyen un perjuicio derivado.

Sin embargo, parece justificado aumentar la tasa de AIPP del déficit en cuestión de 5 a 10 % al evaluar estos dolores.

B) PSIQUIATRÍA

(según las clasificaciones CIE X y DSM IV)

a) Trastornos persistentes del humor

En los casos de lesiones físicas postraumáticas que requieren un tratamiento complejo y de larga duración y que cursan con secuelas graves, puede producirse un sufrimiento psíquico permanente que consiste en trastornos persistentes del humor (*estado depresivo*):

Seguimiento médico frecuente por un especialista, necesidades terapéuticas grave con o sin hospitalización.	10 a 20 %
Seguimiento médico regular por un especialista con terapéutica específica esporádica.	3 a 10 %
Requiere un seguimiento médico irregular con tratamiento intermitente.	Hasta 3 %

b) Neurosis traumáticas (estado de estrés postraumático, neurosis de angustia)

Surgen a raíz de manifestaciones psíquicas ante una situación traumática inesperada, imprevisible y súbita que supera las capacidades de defensa del individuo.

El factor de estrés debe ser intenso y/o prolongado.

La situación debe haber sido memorizada.

La sintomatología incluye trastornos por ansiedad de tipo fóbico, conductas de evitación, un síndrome obsesivo-compulsivo y trastornos del carácter. Tratada en un estado muy precoz, su evaluación sólo podrá plantearse una vez transcurridos unos dos años de evolución.

Síndrome fóbico mayor	12 a 20 %
Ansiedad fóbica con ataques de pánico , con conductas de evitación y síndrome obsesivo-compulsivo.	8 a 12 %
Manifestaciones de ansiedad fóbica con conductas de evitación y síndrome de repetición.	3 a 8 %
Manifestaciones de ansiedad fóbica menor	Hasta 3 %

c) Trastornos psicóticos

No se desarrollan en este baremo, ya que casi nunca se ha probado su imputabilidad a un traumatismo.

C) DÉFICITS SENSITIVOMOTORES

La lesión nerviosa acarrea una parálisis (lesión total) o una paresia. Deberá valorarse según su repercusión clínica y técnica objetiva

a) Cara

Parálisis del nervio trigémino: <ul style="list-style-type: none"> • unilateral; • bilateral. 	15 % 30 %
Parálisis del nervio facial: <ul style="list-style-type: none"> • unilateral; • bilateral. 	20 % 45 %
Parálisis del nervio glosofaríngeo <ul style="list-style-type: none"> • unilateral 	8 %
Parálisis del nervio hipogloso mayor <ul style="list-style-type: none"> • unilateral 	10 %

b) Miembro superior

	D	ND
Parálisis total (lesión completa del plexo braquial)	65 %	60 %
Parálisis mediano-cubital	45 %	40 %
Parálisis del nervio radial: <ul style="list-style-type: none"> • por encima de la rama del tríceps; • por debajo de la rama del tríceps. 	40 % 30 %	35 % 25 %
Parálisis del nervio mediano: <ul style="list-style-type: none"> • en el brazo; • en la muñeca. 	35 % 25 %	30 % 20 %
Parálisis del nervio cubital	20 %	15 %
Parálisis del nervio circunflejo	15 %	12 %
Parálisis del nervio músculo-cutáneo	10 %	8 %

Habida cuenta de sus consecuencias en el miembro superior, se han insertado en este apartado las siguientes lesiones:

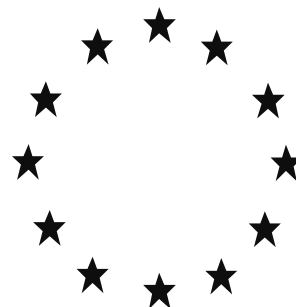
	D	ND
Parálisis del nervio espinal	12 %	10 %

Parálisis del nervio torácico superior	5 %	4 %
--	------------	------------

c) Miembro inferior

Parálisis ciática total (lesión completa):	
<ul style="list-style-type: none"> • forma troncular alta (con parálisis de los glúteos); • forma baja, por debajo de la rodilla. 	45 % 35 %
Parálisis del nervio femoral	35 %
Parálisis del nervio peroneo	22 %
Parálisis del nervio tibial	22 %
Parálisis del nervio obturador	5 %

II. SISTEMA SENSITIVO y ESTOMATOLOGÍA



II. SISTEMA SENSITIVO Y ESTOMATOLOGÍA

1. OFTALMOLOGÍA

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

A) AGUDEZA VISUAL

a) Pérdida total de la visión

Pérdida de la visión de ambos ojos (ceguera)	85 %
Pérdida de la visión de un ojo	25 %

b) Pérdida de agudeza visual en ambos ojos, visión de lejos y de cerca

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	Ceguera
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
<1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Ceguera	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Cuadro I: visión de lejos

	P 1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	ceguera
P 1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P 2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P 3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P 4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P 5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P 6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P 8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P 10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P 14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P 20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
< P 20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
Ceguera	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

Cuadro II: visión de cerca

El cuadro II sólo se utilizará cuando se observe una distorsión considerable entre la visión de cerca y la visión de lejos, en cuyo caso conviene realizar la media aritmética de las dos tasas.

B) CAMPO VISUAL

Hemianopsia <ul style="list-style-type: none">según el tipo, el grado, la lesión o no de la visión central.	hasta 85 %
Cuadrantanopsia <ul style="list-style-type: none">según el tipo.	hasta 30 %
Escotoma central: <ul style="list-style-type: none">bilateral;unilateral.	hasta 70 % hasta 20 %
Escotomas yuxtacentrales o paracentrales <ul style="list-style-type: none">según el carácter unilateral o bilateral, con agudeza visual mantenida.	hasta 15 %

C) OCULOMOTRICIDAD

Diplopia <ul style="list-style-type: none">según la dirección de la mirada, el carácter permanente o no y la necesidad de ocluir un ojo permanentemente.	hasta 25 %
Parálisis oculomotora <ul style="list-style-type: none">según el tipo.	hasta 15 %
Motricidad intrínseca <ul style="list-style-type: none">según el tipo (como máximo, aniridia total).	hasta 10 %
Heteroforia; parálisis completa de la convergencia.	5 %

D) CRISTALINO

Pérdida (afaquia) corregida con gafas o lentes de contacto: <ul style="list-style-type: none">bilateral;unilateral. <p><i>A lo que conviene añadir la tasa correspondiente a la pérdida de agudeza visual corregida, sin superar el 25 % para una lesión unilateral y el 85 % en caso de lesión bilateral.</i></p>	20 % 10 %
Pérdida corregida con un implante de cristalino (pseudofaquia) <ul style="list-style-type: none"><i>añadir 5 % por ojo con pseudofaquia a la tasa correspondiente a la pérdida de agudeza visual</i>	

E) ANEXOS DEL OJO

Según la lesión, siendo la más grave la ptosis con defecto campimétrico y la alacrimia bilateral.	hasta 10 %
---	-------------------

2. OTORRINOLARINGOLOGÍA

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

A) AUDICIÓN

a) Agudeza auditiva

1) Sordera total

Bilateral	60 %
Unilateral	14 %

2) Sordera parcial

La evaluación se realiza en dos etapas:

- **Pérdida auditiva media**

Se lleva a cabo teniendo en cuenta la deficiencia tonal en la conducción aérea, medida en decibelios sobre 500, 1000, 2000 y 4000 hercios, asignando coeficientes de ponderación de 2, 4, 3 y 1 respectivamente.

La suma se divide entre 10. Se consultará el cuadro que figura a continuación:

Pérdida auditiva media en dB	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 y +
0 - 19	0	2	4	6	8	10	12	14
20 - 29	2	4	6	8	10	12	14	18
30 - 39	4	6	8	10	12	15	20	25
40 - 49	6	8	10	12	15	20	25	30
50 - 59	8	10	12	15	20	25	30	35
60 - 69	10	12	15	20	25	30	40	45
70 - 79	12	14	20	25	30	40	50	55
80 y +	14	18	25	30	35	45	55	60

- **Distorsiones auditivas**

La evaluación deberá llevarse a cabo comparando esta tasa bruta con los resultados de una audiometría vocal para valorar eventuales distorsiones auditivas (en particular, el fenómeno del reclutamiento) que agravan la molestia funcional.

El cuadro que figura a continuación ofrece las tasas de aumento, que, en su caso, podrán analizarse frente a los resultados de la audiometría tonal liminar.

% discriminación	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	< 50 %
100 %	0	0	1	2	3	4
90 %	0	0	1	2	3	4
80 %	1	1	2	3	4	5
70 %	2	2	3	4	5	6
60 %	3	3	4	5	6	7
< 50 %	4	4	5	6	7	8

En caso de uso de prótesis, la mejora se determinará comparando las curvas auditivas con y sin prótesis, lo que permitirá reducir la tasa; no obstante, dicha tasa deberá tener en cuenta la molestia generada por la prótesis, sobre todo en un entorno ruidoso.

b) Acúfenos aislados

Si se confirma que son imputables a un traumatismo.	hasta 3 %
---	------------------

B) EQUILIBRIO

Lesión vestibular bilateral, con destrucción confirmada objetivamente, según su importancia.	10 a 25 %
Lesión vestibular unilateral	4 a 10 %
Vértigos paroxísticos benignos	hasta 4 %

C) VENTILACIÓN NASAL

Obstrucción no accesible a la terapéutica: <ul style="list-style-type: none">• bilateral;• unilateral.	hasta 8 % hasta 3 %
--	--------------------------------------

D) SENTIDO DEL OLFATO incluida la alteración de las percepciones gustativas

Anosmia	8 %
Hipoosmia	Hasta 3 %

E) FONACIÓN

Afonía	30 %
Disfonía aislada	hasta 10 %

3 - ESTOMATOLOGÍA

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

En caso de uso de prótesis dentales móviles, se aplicará una reducción del 50 %; en caso de uso de prótesis dentales fijas, se aplicará una reducción del 75 %.

La colocación de un implante elimina la AIPP.

Edentación completa demostrada sin posibilidad de sustitución mediante prótesis, <i>teniendo en cuenta las repercusiones sobre el estado general.</i>	28 %
Pérdida de un diente sin posibilidad de sustitución mediante prótesis: <ul style="list-style-type: none">• incisivo o canino;• premolar o molar.	1 % 1,5 %
Disfunciones mandibulares: <ul style="list-style-type: none">• limitación de la apertura bucal igual o inferior a 10 mm;• limitación de la apertura bucal entre 10 y 30 mm.	25 a 28 % 5 a 25 %
Trastorno de la articulación dental postraumático, <i>teniendo en cuenta las repercusiones en la capacidad masticatoria.</i>	2 a 10 %

Amputación de la parte móvil de la lengua, *teniendo en cuenta las repercusiones en el habla, la masticación y la deglución, según la importancia de los trastornos.*

3 a 30 %

III. SISTEMA OSTEOARTICULAR



III. SISTEMA OSTEOARTICULAR

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

Ya se trate de una articulación o de la extremidad en sí, la tasa global no es la suma de las tasas por separado sino la resultante de su sinergia y la suma de las tasas que corresponden a la anquilosis en una posición correcta de todas las articulaciones de la extremidad no puede superar el valor de la tasa correspondiente a la pérdida total anatómica o funcional.

Las tasas justificadas por las importantes rigideces que no se tengan en cuenta sistemáticamente deberán basarse en la tasa de anquilosis de la articulación en cuestión.

En cuanto a las endoprótesis de las grandes articulaciones, hay que reconocer que ninguna restablece la propiocepción y que todas van acompañadas de ciertas limitaciones en la vida del individuo. De ahí que la presencia de una endoprótesis justifique una tasa inicial del 5 %.

Cuando el resultado funcional objetivo no es satisfactorio, estos inconvenientes iniciales de la endoprótesis quedan cubiertos automáticamente por los inconvenientes asociados al déficit funcional, y esta tasa complementaria no se justifica.

A) EXTREMIDAD SUPERIOR

(con excepción de la mano y los dedos)

a) Amputaciones

Las actuales posibilidades protésicas para las extremidades superiores no suelen dotar al paciente de una función real, dado que éste no recupera la sensibilidad. En los casos en que exista una mejora, el perito la tendrá especialmente en cuenta para reducir razonablemente la tasa que se propone más abajo.

	D	ND
Amputación total de la extremidad superior	65 %	60 %
Amputación del brazo (hombro móvil)	60 %	55 %
Amputación del antebrazo	50 %	45 %

b) Anquilosis y rigideces

1) Hombro

Existen 6 movimientos funcionales del hombro que se combinan para garantizar la función del mismo. Cada uno de estos movimientos tiene una importancia relativa en los gestos de la vida diaria.

Los 3 movimientos básicos son la elevación anterior, la abducción y la rotación interna seguidos de la rotación externa, la retropulsión y la aducción. A las lesiones que afectan a la retropulsión y a la aducción les corresponden unas tasas tan bajas que no se incluyen en el cuadro que figura a continuación. Estas lesiones inducen la ponderación de la tasa correspondiente a las limitaciones de los demás movimientos.

- **Anquilosis**

	D	ND
Artrodesis o anquilosis en posición funcional:		
<ul style="list-style-type: none"> • omoplato fijo; • omoplato móvil. 	30 % 25 %	25 % 20 %

- **Rigideces**

	D	ND
Limitación de la elevación y de la abducción a 60°:		
<ul style="list-style-type: none"> • con pérdida total de las rotaciones; • siendo los demás movimientos completos. 	22 % 18 %	20 % 16 %
Limitación de la elevación y de la abducción a 90°:		
<ul style="list-style-type: none"> • con pérdida total de las rotaciones; • siendo los demás movimientos completos. 	16 % 10 %	14 % 8 %
Limitación de la elevación y de la abducción a 130°		
<ul style="list-style-type: none"> • siendo los demás movimientos completos 	3 %	2 %
Pérdida aislada de la rotación interna	6 %	5 %
Pérdida aislada de la rotación externa	3 %	2 %

2) Codo

Sólo la movilidad entre 20 y 120 grados de flexión tiene una utilidad práctica. Los movimientos fuera de este sector útil tienen una repercusión muy baja en la vida diaria.

Por tanto, las tasas que se ofrecen a continuación sólo se aplican a las deficiencias comprendidas en el sector útil.

El perito deberá tener en cuenta el déficit de flexión y el de extensión, puesto que las tasas correspondientes, si bien no se suman, deberán considerarse obligatoriamente en su conjunto. Se añadirá, si procede, la tasa de deficiencia de pronosupinación.

- **Anquilosis**

	D	ND
Artrodesis o anquilosis en posición funcional:		
<ul style="list-style-type: none"> • pronosupinación conservada; • pronosupinación abolida. 	24 % 34 %	20 % 30 %

- **Rigideces**

	D	ND
Flexión completa y extensión: <ul style="list-style-type: none"> • limitada por encima de 90°; • limitada a 90°; • limitada a 20°. 	15 % 12 % 2 %	12 % 10 % 1 %
Extensión completa y flexión: <ul style="list-style-type: none"> • hasta 120°; • hasta 90°; • superior. 	2 % 12 % 15 %	1 % 10 % 12 %

3) Alteración aislada de la pronosupinación

- **Anquilosis**

	D	ND
Anquilosis en posición funcional	10 %	8 %

- **Rigideces**

	D	ND
Rigidez en pronación	0 a 6 %	0 a 5 %
Rigidez en supinación	0 a 4 %	0 a 3 %

4) Muñeca

El sector útil se extiende de 0 a 45 grados para la flexión y de 0 a 45 grados para la extensión. Los movimientos fuera de este sector útil tienen una repercusión muy baja en la vida diaria. Lo mismo ocurre con la desviación radial.

- **Anquilosis**

	D	ND
Artrodesis o anquilosis en posición funcional: <ul style="list-style-type: none"> • pronosupinación conservada; • pronosupinación abolida. 	10 % 20 %	8 % 16 %

- **Rigideces**

	D	ND
Rigideces en el sector útil: <ul style="list-style-type: none"> • deficiencia de flexión; • deficiencia de extensión. 	0 a 4 % 0 a 6 %	0 a 3 % 0 a 5 %
Pérdida de la desviación cubital	1,5 %	1 %

B) MANO

La función esencial de la mano es la prehensión, condicionada por la ejecución eficaz de agarres y pinzas, que implican conservar una longitud, movilidad y sensibilidad suficientes en los dedos.

El perito deberá efectuar en primer lugar un examen analítico de la mano.

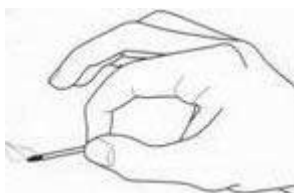
A continuación, deberá comprobar si los resultados de dicho examen permiten realizar las seis pinzas y agarres fundamentales (véase la figura más abajo).

En caso de discordancia, sería conveniente realizar un estudio detallado de las causas de la misma y, en su caso, corregir la tasa de AIPP en cuestión, teniendo en cuenta que el límite absoluto lo constituye la pérdida del valor de los dedos afectados.

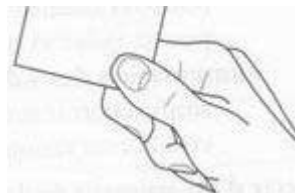
PRINCIPALES PINZAS Y AGARRES



Agarre de la herramienta



Pinza digital del pulgar pulpo-palpar



Pinza laterodigital del pulgar



Pinza tridigital del pulgar



Agarre en gancho



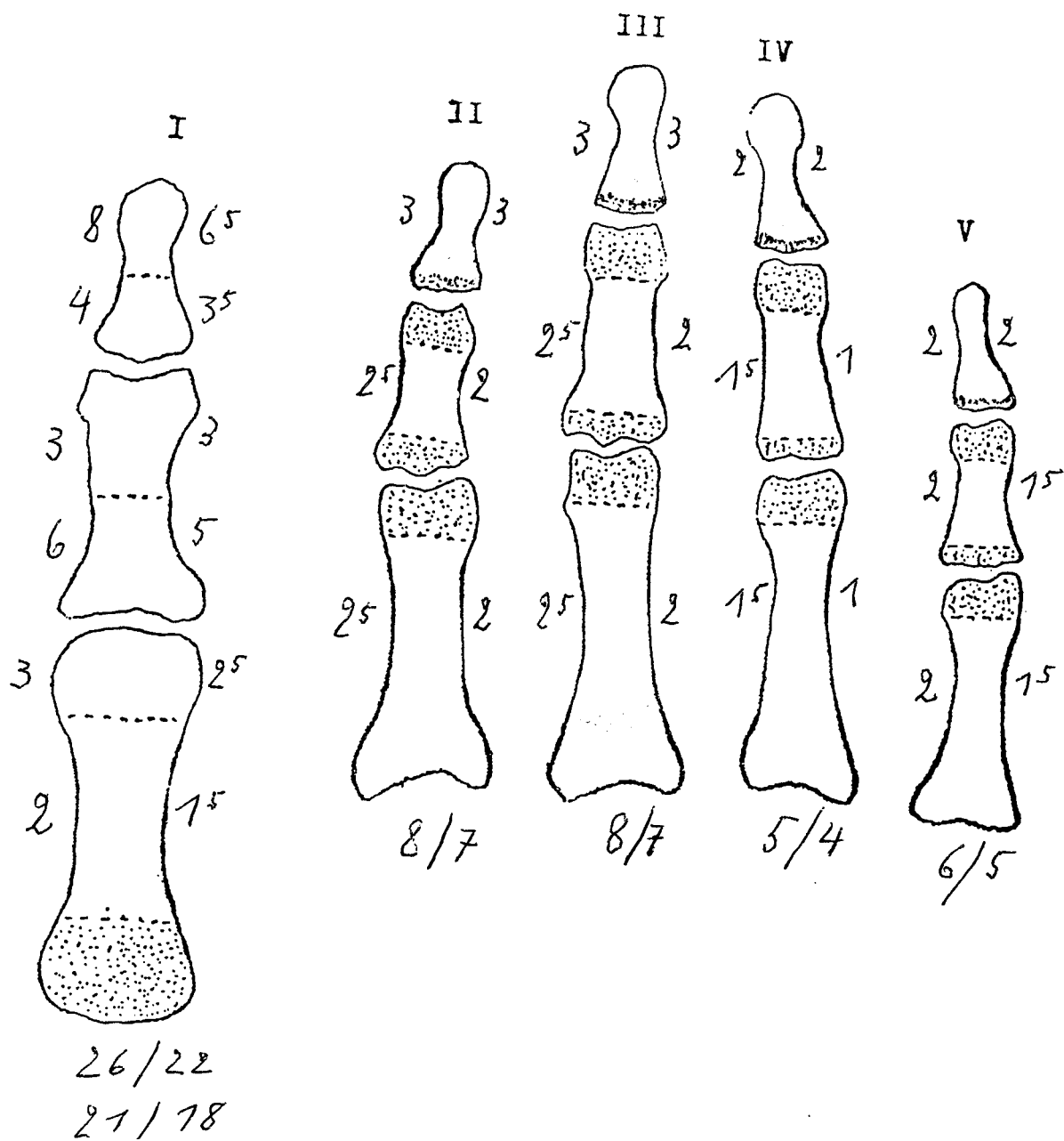
Agarre esférico

a) Amputaciones

1) Amputación total de la mano

	D	ND
Amputación total de la mano	50 %	45 %

2) Amputación de los dedos



En este esquema:

- las partes indicadas mediante puntos tienen un valor nulo;
- la tasa atribuida a cada segmento cubre la totalidad del mismo;
- la pérdida parcial de un segmento se calcula en proporción a la pérdida total;
- las tasas previstas tienen en cuenta los trastornos sensitivos, vasculares y tróficos leves que el

médico sabe que acompañan habitualmente a una amputación digital.

- Amputación del **pulgar (y de su metacarpiano)** o de los dedos largos: véase *esquema de la mano*.
- Amputación de un **dedo largo en su totalidad o en parte**: véase la tasa indicada en el esquema.
- Amputación de **varios dedos largos** (pérdidas combinadas): *la suma simple de las tasas unidigitales calculadas no tiene en cuenta la sinergia entre los dedos largos. Esta sinergia difiere en función del número de dedos en cuestión:*
 - *lesión de 2 dedos largos: aumentar la suma simple con el 45% tasa calculada;*
 - *lesión de 3 dedos largos: aumentar la suma simple con el 65% tasa calculada;*
 - *lesión de los 4 dedos largos: aumentar la suma simple con el 90% la tasa calculada.*
- Amputación del **pulgar**:

	D	ND
pérdida de MC + P1 + P2	26 %	22 %
pérdida de P1 + P2	21 %	18 %
pérdida de P2	12 %	10 %

- Amputación del pulgar y de uno o varios dedos largos: aquí, el término “pulgar” se aplica únicamente a P1 + P2.

El resultado de la suma simple de las tasas del pulgar y del conjunto de los dedos largos lesionados, respectivamente, (esta última tasa se calcula teniendo en cuenta la sinergia interdigital de los dedos largos) sería una tasa global demasiado alta. En efecto, el valor asignado al pulgar en el esquema de la mano sólo es válido en caso de que los dedos largos queden intactos. De lo contrario, el pulgar se depreciará en su acción sinérgica.

De este modo, conviene aplicar a la tasa calculada mediante la suma simple (tasa del pulgar + tasa de los dedos largos aumentada por sinergia) un coeficiente de reducción de:

- *pérdida del pulgar y 1 dedo: 0 % (depreciación demasiado ~~low~~ incluirlo en el cálculo);*
- *pérdida del pulgar y 2 dedos: - 5 %;*
- *pérdida del pulgar y 3 dedos: - 10 %;*
- *pérdida del pulgar y 4 dedos: - 20 %.*

En caso de pérdida adicional del primer metacarpiano, la tasa final no variará en gran medida, puesto que el primer metacarpiano aislado tiene un valor poco significativo.

En cuanto a los demás metacarpianos, su incidencia en la tasa global es escasa, aunque variable y, en función del caso, su resección será deseable o ligeramente contraproducente.

b) Anquilosis, artrodesis y rigideces

En las lesiones combinadas de varios dedos, conviene aplicar los coeficientes previstos, por una parte, para la sinergia de los dedos largos y, por otra, para las lesiones que afecten al pulgar y a uno o varios dedos largos al mismo tiempo: véase más arriba.

1) Anquilosis

Por convenio, denominaremos A0 a la articulación trapezio-metacarpiana del pulgar; para todos los dedos: A1 significa metacarpo-falángica, A2 interfalángica proximal y A3 interfalángica distal.

Para los dedos largos, la posición funcional es una flexión de 20 a 30°.

Para el pulgar, la posición funcional es una abducción y antepulsión de A0 y una ligera flexión de A1 y A2.

- Anquilosis del **pulgar en posición funcional**

La tasa correspondiente a la anquilosis de A0, A1 y A2 es inferior al 75 % del valor establecido para las anquilosis de los dedos largos, teniendo en cuenta la función particular del pulgar. En efecto, esta anquilosis todavía permite cierta oposición.

	D	ND
A0 + A1 + A2	16 %	14 %
A0	8 %	7 %
A1	4 %	3,5 %
A2	4 %	3,5 %
A1 + A2	8 %	7 %

- Anquilosis de **todas las articulaciones de un dedo largo**

En *posición funcional* equivale al 75 % del valor de la pérdida del dedo, debido a la conservación de la sensibilidad y de una posibilidad de utilización limitada del dedo.

	D	ND
Índice	6 %	5 %
Medio	6 %	5 %
Anular	4 %	3 %
Meñique	4,5 %	4 %

En *posición desfavorable*:

flexión forzada	D	ND
Índice	8 %	7 %
Medio	8 %	7 %
Anular	5 %	4 %

Meñique	6 %	5 %
----------------	------------	------------

extensión forzada	D	ND
Índice	7 %	6 %
Medio	7 %	6 %
Anular	4,5 %	3,5 %
Meñique	5 %	4 %

- Anquilosis de **una o dos articulaciones de un dedo largo**

El perito se remitirá a la tasa de anquilosis total del dedo en cuestión, a la que aplicará una reducción de 1/3 ó 2/3.

2) Rigideces

La tasa acordada para la rigidez es proporcional a la tasa prevista para la anquilosis, teniendo en cuenta el sector útil de movilidad de cada articulación.

El *sector útil de movilidad es, para los dedos largos:*

- A1 y A2: *índice y medio: 20 a 80°; anular y meñique: 30 a 90°;*
- A3: *20 a 70°.*

El sector útil de movilidad para las articulaciones del pulgar se sitúa alrededor de su posición funcional.

c) Trastornos de la sensibilidad palmar

Los trastornos de la sensibilidad del dorso de la mano no tienen repercusión funcional y, por tanto, no justifican la aplicación de una tasa de AIPP.

Las tasas previstas incluyen las ligeras parestesias y los leves trastornos tróficos que el médico sabe que acompañan normalmente al pequeño neuroma que se produce como consecuencia de una sección nerviosa.

En las lesiones combinadas de varios dedos conviene aplicar los coeficientes previstos, por una parte, para la sinergia de los dedos largos y, por otra, para las lesiones que afecten al pulgar y a uno o varios dedos largos al mismo tiempo: véase más arriba.

1) Anestesia: la tasa acordada corresponde al 75 % de la tasa prevista para la pérdida anatómica del segmento o segmentos de los dedos en cuestión.

2) Hipoestesia: la tasa acordada es del 50 % al 75 % de la tasa prevista para la pérdida anatómica del segmento o segmentos de los dedos en cuestión, en función de la importancia y de la localización de la hipoestesia y del dedo lesionado (ejecución de pinzas).

B) EXTREMIDAD INFERIOR

a) Amputaciones

Una amputación de la extremidad inferior, salvo si se produce en el pie, no permite al paciente ni la deambulación ni el apoyo. Las tasas propuestas corresponden a un individuo que lleva una prótesis adecuada. Si la prótesis no es del todo satisfactoria, el perito valorará la tasa en función de la tolerancia a la prótesis y de su resultado. Dicha tasa no podrá superar la tasa de la amputación.

Desarticulación de la cadera o amputación alta del muslo sin posibilidad de prótesis	65 %
Desarticulación unilateral de la cadera o amputación alta del muslo sin apoyo isquiático	60 %
Amputación del muslo	50 %
Desarticulación de la rodilla	40 %
Amputación de la pierna	30 %
Amputación tibio-tarsiana	25 %
Amputación mediotarsiana o transmetatarsiana	20 %
Amputación de los 5 dedos del pie y del primer metatarsiano	12 %
Amputación del primer dedo del pie y del primer metatarsiano	10 %
Amputación de las dos falanges del primer dedo del pie	6 %

b) Anquilosis y rigideces

1) Cadera

Flexión: con 90° se pueden realizar la gran mayoría de los actos de la vida diaria; con 70°, estar en posición sentada y subir y bajar escaleras; con 30°, la deambulación.

Abducción: con 20°, se pueden realizar prácticamente todos los actos de la vida cotidiana.

Aducción: tiene muy poca importancia práctica.

Rotación externa: sólo los 30 primeros grados son útiles.

Rotación interna: 10° son suficientes para realizar la mayoría de los actos de la vida cotidiana.

Extensión: 20° son útiles para la deambulación y subir y bajar escaleras.

El dolor es un factor esencial que condiciona el uso de la cadera en la vida cotidiana (deambulación y apoyo): las tasas propuestas tienen en cuenta este factor.

- **Anquilosis**

Cadera	
<ul style="list-style-type: none"> • en buena posición 	30 %

- **Rigideces**

Rigidez extrema de varios movimientos

Acompañada de signos radiológicos, amiotrofia, etc. es más grave que una anquilosis.	Hasta 40 %
--	-------------------

Suponiendo que los demás movimientos sean completos

Pérdida total de la flexión	17 %
Flexión:	
<ul style="list-style-type: none"> • limitada a 30°; 	13 %
<ul style="list-style-type: none"> • limitada a 70°; 	7 %
<ul style="list-style-type: none"> • limitada a 90°. 	4 %
Pérdida total de la extensión	2 %
Rigidez articular irreducible de 20°	4 %
Pérdida total de la abducción	6 %
Pérdida total de la aducción	1 %
Pérdida total de la rotación externa	3 %
Pérdida total de la rotación interna	1 %

2) Rodilla

Flexión: 90° permiten realizar la mitad de los actos de la vida diaria, sobre todo los más importantes (caminar, sentarse o utilizar las escaleras); 110° permiten realizar $\frac{3}{4}$ de los actos de la vida cotidiana y 135° permiten realizar todos los actos.

Extensión: un déficit de extensión inferior a 10° es compatible con $\frac{3}{4}$ de los actos de la vida diaria.

• Anquilosis

Rodilla <ul style="list-style-type: none">• en buena posición	25 %
--	-------------

• Rigideces

Flexión: <ul style="list-style-type: none">• limitada a 30°;• limitada a 50°;• limitada a 70°;• limitada a 90°;• limitada a 110°.	20 % 15 % 10 % 5 % 2 %
Déficit de extensión: <ul style="list-style-type: none">• inferior a 10°;• de 10°;• de 15°;• de 20°;• de 30°.	0 % 3 % 5 % 10 % 20 %

• Laxitudes (sin prótesis)

Lateral: <ul style="list-style-type: none">• inferior a 10°;• superior a 10°.	0 a 5 % 5 a 10 %
Anterior: <ul style="list-style-type: none">• aislada;• rotativa.	2 a 5 % 5 a 10 %
Posterior: <ul style="list-style-type: none">• aislada;• rotativa.	3 a 7 % 7 a 12 %

Rotativa compleja	10 a 17 %
-------------------	------------------

- **Desviaciones axiales**

Genu valgo: <ul style="list-style-type: none"> • inferior a 10°; • de 10 a 20°; • superior a 20°. 	0 a 3 % 3 a 10 % 10 a 20 %
Genu varo: <ul style="list-style-type: none"> • inferior a 10°; • de 10 a 20°; • superior a 20°. 	0 a 4 % 4 a 10 % 10 a 20 %

- **Síndrome femoro-patelar**

Síndrome femoro-patelar	0 a 8 %
-------------------------	----------------

- **Secuelas de lesiones del menisco**

Secuelas de lesiones del menisco	0 a 5 %
----------------------------------	----------------

3) Tobillo y pie

Articulación tibioastragalina

20° de flexión plantar permiten realizar más de la mitad de los actos de la vida diaria; 35° permiten realizar todos los actos de la vida cotidiana.

10° de flexión dorsal permiten realizar prácticamente todos los actos de la vida diaria.

La pérdida de varios grados de la flexión dorsal resulta más molesta que una pérdida similar de la flexión plantar, debido a la poca amplitud de la flexión dorsal.

○ **Anquilosis**

• en posición funcional con antepié flexible	10 %
--	-------------

○ **Rigideces**

Pérdida total de la flexión plantar	5 %
Pérdida total de la flexión dorsal	5 %
Flexión plantar:	
• de 0 a 10°;	5 %
• de 0 a 20°;	4 %
• de 0 a 30°.	2 %
Flexión dorsal:	
• de 0 a 5°;	5 %
• de 0 a 10°;	3 %
• de 0 a 15°.	1 %
Pie equino irreducible	Hasta 15 %

○ **Laxitud**

Laxitud	2 a 6 %
---------	----------------

• **Articulación subastragalina**

Valgo: con 5° se pueden realizar prácticamente todos los actos de la vida diaria;

Varo: con 5°, más de la mitad de los actos de la vida diaria; con 15°, todos.

La pérdida de valgo es más invalidante que la de varo, ya que la anquilosis en varo se tolera peor que la anquilosis en valgo.

○ **Anquilosis**

• en buena posición	7 %
• en varo	9 %
• en valgo	8 %

○ **Rigideces**

Limitación de la mitad	3 %
Limitación de un tercio	2 %

• **Articulaciones mediotarsiana (de CHOPART) y tarsometatarsiana (de LISFRANC)**

○ **Anquilosis**

Mediotarsiana (de Chopart)	2 %
Tarsometatarsiana (de Lisfranc)	4 %

○ **Rigideces**

Limitación de la mitad	3 %
------------------------	-----

• **Articulaciones metatarsofalángica – dedos del pie**

○ **Anquilosis**

Metatarsofalángica del primer dedo del pie, según la posición	2 a 3 %
Anquilosis de los dedos del pie 2º a 5º, en buena posición	0 a 2 %

○ **Rigideces**

Para determinar la tasa de las rigideces, el perito deberá tomar como referencia las tasas propuestas para las anquilosis.

4) Anquilosis combinadas

Anquilosis combinadas:	
• tibioastragalina y subastragalina, mediotarsiana y antepié flexibles;	17 %
• tibioastragalina y subastragalina con movilidad reducida de la mediotarsiana y del antepié;	20 %
• subastragalina y mediotarsiana en buena posición, otras articulaciones	9 %

libres;	19 %
• tibioastragalina, subastragalina y mediotarsiana, antepié flexible;	23 %
• tibioastragalina, subastragalina, mediotarsiana y tarsometatarsiana;	25 %
• ídem con anquilosis de los dedos del pie.	

5) Reducciones no compensadas

Hasta 5 cm	8 %
Hasta 4 cm	6 %
Hasta 2 cm	2 %
Hasta 1 cm	0 %

D) RAQUIS

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

a) Raquis cervical

1) Sin complicaciones neurológicas

- **Sin lesiones óseas o discoligamentarias documentadas**

Dolores intermitentes originados por causas determinadas, siempre las mismas, que requieren, en su caso, la administración de medicamentos antálgicos y/o antiinflamatorios con disminución mínima de los movimientos.	hasta 3 %
--	------------------

- **Con lesiones óseas o discoligamentarias documentadas**

Dolores muy frecuentes con molestia funcional permanente que requieren tomar precauciones al realizar todo tipo de movimiento; vértigos y cefaleas posteriores asociadas: <ul style="list-style-type: none">• con intensa rigidez de diferentes grados, según el número de niveles;• que permiten realizar algunos movimientos de la nuca.	15 a 25 % 10 a 15 %
Dolores frecuentes, con limitación clínicamente objetivable de la amplitud de los movimientos, necesidades terapéuticas reales, aunque intermitentes.	3 a 10 %
Artrodesis o anquilosis sin síntomas asociados, según el número de niveles.	3 a 10 %

Con complicaciones neurológicas o vasculares

Véase el capítulo correspondiente (sistema nervioso).

b) Raquis torácico, raquis lumbar y charnela lumbosacra

1) Sin complicaciones neurológicas

- Sin lesiones óseas o discoligamentarias documentadas

Dolores intermitentes desencadenados por causas precisas que requieren, en su caso, una terapia adecuada, lo que implica la supresión de esfuerzos importantes y/o prolongados, y leve rigidez segmentaria.	hasta 3 %
---	------------------

- Con lesiones óseas o discoligamentarias documentadas

<i>Raquis torácica:</i> <ul style="list-style-type: none">• rigidez activa y molestia dolorosa para todos los movimientos en todas las posiciones que requieren una terapia periódica;• molestia permanente con dolores interescapulares, alteraciones de la estática, lordosis, pérdida de la cifosis torácica radiológica, necesidades terapéuticas.	3 a 10 % 10 a 15 %
<i>Raquis lumbar y charnelas toracolumbar y lumbosacra:</i> <ul style="list-style-type: none">• rigidez activa y molestia dolorosa para todos los movimientos en todas las posiciones que requieren terapia periódica;• dolores muy frecuentes con molestia permanente que requieren tomar precauciones al realizar todo tipo de movimientos y con importante rigidez segmentaria de los movimientos, limitación clínicamente objetivable;• signos clínicos y radiológicos excepcionalmente graves.	3 a 10 % 10 a 15 % hasta 25 %

2) Con complicaciones neurológicas

Véase el capítulo correspondiente (Lesiones medulares)

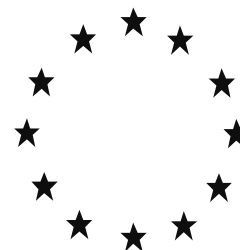
c) Coxis

Coxodinias	hasta 3 %
------------	------------------

E) Pelvis

Dolores secundarios a una fractura de una rama isquiopúbica	Hasta 2 %
Dolores y/o inestabilidad de la sínfisis del pubis	2 a 5 %
Dolores secundarios a una luxación o fractura sacroilíaca	2 a 5 %
Dolores e inestabilidad de la sínfisis del pubis y de la articulación sacroilíaca asociados: <ul style="list-style-type: none">• sin alteración estática de la pelvis ni de la marcha;• con alteración estática de la pelvis y de la marcha.	5 a 8 % 8 a 18 %

IV. SISTEMA CARDIO- RESPIRATORIO



IV. SISTEMA CARDIO-RESPIRATORIO

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

I. CORAZÓN

Tomando como referencia la clasificación que figura más adelante, de conformidad con la clasificación de la Asociación Cardiológica de Nueva York (*New York Heart Association*, NYHA), el perito deberá basarse en las manifestaciones funcionales referidas por el paciente, en su exploración y en los diversos exámenes complementarios (electrocardiograma, ecografía Doppler, prueba de esfuerzo, ecografía transesofágica, cateterismo, etc.).

Entre los datos técnicos aplicables, la fracción de expulsión tiene una importancia primordial para la cuantificación objetiva de las secuelas.

Asimismo, el perito deberá tener en cuenta las necesidades terapéuticas y de control que requiere.

a) Secuelas cardiológicas

<p>Sintomatología funcional, incluso en reposo, confirmada por los datos clínicos (desnudarse, examen clínico) y paraclínicos. Necesidad terapéutica grave, hospitalizaciones frecuentes.</p> <p>Fracción de expulsión < 20 %</p>	<p>55 % y más</p>
<p>Limitación funcional para esfuerzos moderados con manifestaciones de insuficiencia miocárdica (edema pulmonar) o asociada a complicaciones vasculares periféricas o a trastornos del ritmo complejos con grandes necesidades terapéuticas y de estrecho control.</p> <p>Fracción de expulsión 20 % a 25 %</p>	<p>45 a 55 %</p>

<p>Ídem con acusadas necesidades terapéuticas y/o en caso de arritmias asociadas.</p> <p>Fracción de expulsión 25 % a 30 %</p>	40 a 45 %
<p>Limitación funcional que dificulta las actividades habituales (marcha rápida), clara alteración de los parámetros ecográficos o ecografía Doppler. Intolerancia al esfuerzo con alteraciones del electrocardiograma de esfuerzo y necesidades terapéuticas.</p> <p>Fracción de expulsión 30 % a 35 %</p>	35 a 40 %
<p>Supuesta limitación funcional para esfuerzos habituales (2 plantas), confirmada por el electrocardiograma de esfuerzo o la existencia de signos de disfunción miocárdica. Contraindicación de esfuerzos físicos importantes y necesidades terapéuticas con estrecho control cardiológico.</p> <p>Fracción de expulsión 35 % a 40 %</p>	25 a 35 %
<p>Supuesta limitación funcional para esfuerzos patentes (significativos) con signos de disfunción miocárdica (ecografía Doppler, cateterismo, etc.) con limitaciones terapéuticas y estrecha vigilancia.</p> <p>Fracción de expulsión 40 % a 50 %</p>	15 a 25 %
<p>Supuesta limitación funcional para esfuerzos sustanciales (deportes) sin signos de disfunción o de isquemia miocárdica, con necesidades terapéuticas y de control periódico.</p> <p>Fracción de expulsión 50 % a 60 %</p>	8 a 15 %
<p>Sin limitación funcional. Buena tolerancia al esfuerzo; según las necesidades terapéuticas y/o estrecho control.</p> <p>Fracción de expulsión > 60 %</p>	hasta 8 %

b) Trasplante

..

Para un eventual trasplante han de tenerse en cuenta las considerables necesidades terapéuticas y el control particularmente estrecho de estos pacientes.

Según el resultado funcional y la tolerancia a los inmunosupresores	25 a 30 %
---	------------------

II. APARATO RESPIRATORIO

Independientemente del origen de la lesión pulmonar, la evaluación deberá fundamentarse en la gravedad de la insuficiencia respiratoria crónica, que se evaluará en función de:

- la importancia de la disnea, graduada tomando como referencia la escala clínica de disneas de Sadoul;

ESTADO O CLASE	DESCRIPCIÓN
1	Disnea para esfuerzos importantes más allá de dos pisos
2	Disnea al subir una pendiente suave, al caminar rápido o al subir un piso
3	Disnea al caminar normalmente por terreno llano
4	Disnea al caminar lentamente
5	Disnea al mínimo esfuerzo

- la exploración realizada por un neumólogo;
- los exámenes complementarios ya practicados o solicitados en el marco del peritaje, siendo estos últimos obligatoriamente no invasivos.
Son, por ejemplo, el examen mediante imagen, la endoscopia, la gasometría, la espirometría, las pruebas respiratorias funcionales y los análisis de sangre como VEMS/CV, DEM, SaO₂, CPT, CV, TLCO/VA, PaO₂, PaCO₂.

CV: Capacidad vital; **CPT:** Capacidad pulmonar total; **VEMS:** Volumen espiratorio máximo por segundo; **FME:** Flujo medio espiratorio; **PaO₂:** Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial; **PaCO₂:** Presión parcial de anhídrido carbónico en sangre arterial; **SaO₂:** Saturación de oxígeno de la hemoglobina en sangre arterial; **TLCO/VA:** mide la capacidad de transferencia del monóxido de carbono en relación con el volumen alveolar.

a) Pérdida anatómica total o parcial de un pulmón

Pérdida total	15 %
Pérdida de un lóbulo	5 %

Estas tasas son acumulables con la tasa de AIPP correspondiente a la eventual insuficiencia respiratoria asociada.

b) Insuficiencia respiratoria crónica

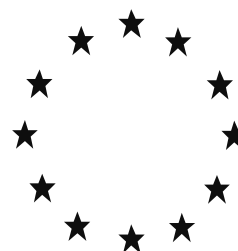
Disnea de mínimo esfuerzo (desnudarse) con: CV o CPT inferior a 50 %; o bien, VEMS inferior a 40 %; o bien, hipoxemia en reposo (PaO ₂) inferior a 60 mm Hg. asociada o no a una alteración de la presión de anhídrido carbónico (PaCO ₂) con eventual necesidad de	50 % y más
---	-------------------

oxigenoterapia de larga duración (> 16 h/d), de una traqueotomía o de una asistencia ventilatoria intermitente.	
Disnea al caminar en terreno llano a su propio ritmo con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ CV o CPT entre 50 y 60 %; ▪ o bien, VEMS entre 40 y 60 %; ▪ o bien, hipoxemia en reposo (PaO₂) entre 60 y 70mm Hg. 	30 a 50 %
Disnea al caminar normalmente en terreno llano con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ CV o CPT entre 60 y 70 %; ▪ o bien, VEMS entre 60 y 70 %; ▪ o bien, TLCO/VA inferior a 60 %. 	15 a 30 %
Disnea al subir un piso, al caminar rápido o al subir una pendiente suave con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ CV o CPT entre 70 y 80 %; ▪ o bien, VEMS entre 70 y 80 %; ▪ o bien, TLCO/VA entre 60 y 70 %. 	5 a 15 %
Disnea provocada por esfuerzos importantes con alteración menor de las pruebas funcionales.	2 a 5 %

c) Secuelas dolorosas persistentes de toracotomía

Hasta 5 %

V. SISTEMA VASCULAR



V. SISTEMA VASCULAR

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

A. Secuelas arteriales, venosas y linfáticas

La tasa tendrá en cuenta las eventuales limitaciones terapéuticas y/o la vigilancia médica, por ejemplo, en caso de prótesis que no justifica por sí misma una tasa de AIPP.

a) Arteriales

<i>Extremidad inferior:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ malestar de esfuerzo (claudicación intermitente demostrada);▪ malestar de reposo (dolores isquémicos espontáneos demostrados);▪ ídem con necrosis del tejido, que puede llegar hasta la amputación.	5 a 15 % 15 a 25 % 25 % y más
<i>Extremidad superior</i> <i>Según los trastornos funcionales (por ejemplo, pérdida de fuerza, hipotermia, etc.)</i>	5 a 10 %

b) Venosas

Se trata de secuelas de flebitis indiscutible que deben valorarse teniendo en cuenta el estado anterior.

Molestias al caminar de forma prolongada y edema permanente evaluable que requiere definitivamente el uso de medias de compresión; dermatitis de estasis y úlceras recidivantes.	10 a 15 %
Molestias al caminar de forma prolongada y edema permanente evaluable que requieren definitivamente el uso de medias de compresión; dermatitis de estasis.	4 a 10 %
Sensación de pesadez de piernas con edema vespertino comprobable.	Hasta 4 %

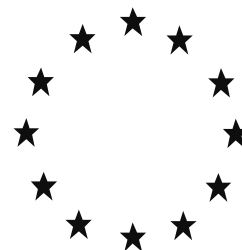
c) Linfáticas (linfedema)

Extremidad superior	Hasta 10 %
Extremidad inferior	<i>Véanse las secuelas venosas</i>

B. Esplenectomía total

Con grandes necesidades terapéuticas	15 %
Asintomática	5 %

VI. APARATO DIGESTIVO



VI. APARATO DIGESTIVO

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

A) ESTOMAS CUTÁNEOS DEFINITIVOS E INCONTINENCIAS TOTALES

a) Estomas con bolsa colectora

Colostomía, ileostomía.	30 %
-------------------------	------

b) Incontinencia fecal

Sin posibilidad de control	45 %
----------------------------	------

B) TRASTORNOS COMUNES A LAS DIFERENTES LESIONES DEL APARATO DIGESTIVO

La tasa incluye la tasa inherente a la pérdida orgánica.

Síndrome de malabsorción mayor.	60 %
Requiere un seguimiento médico frecuente , un tratamiento constante, una dieta estricta y tiene repercusiones en el estado general.	30 %
Requiere un seguimiento médico habitual , un tratamiento casi permanente, una dieta estricta y tiene repercusiones en la vida social.	20 %
Requiere un seguimiento médico periódico , un tratamiento intermitente, precauciones dietéticas, sin repercusiones en el estado general.	10 %

C) HEPATITIS

a) Sin cirrosis

Las tasas se basan en el índice METAVIR, que tiene la ventaja de haber sido elaborado específicamente para la hepatitis.

Se calcula a partir de dos parámetros: el índice de actividad y el índice de fibrosis:

Índice de actividad	Índice de fibrosis
A0: ausencia de actividad A1: actividad mínima A2: actividad moderada A3: actividad grave	F0: ausencia de fibrosis F1: fibrosis portal sin tabiques conjuntivos F2: fibrosis portal con algunos tabiques conjuntivos F3: fibrosis portal con varios tabiques conjuntivos, sin cirrosis F4: cirrosis

Las tasas propuestas son las siguientes

Hepatitis persistente (crónica activa)	20 %
Índice METAVIR superior a A1 F1 e inferior a F4	10 %
Índice METAVIR igual o inferior a A1 F1	5 %

b) Con cirrosis (*es decir, índice METAVIR superior a F4*)

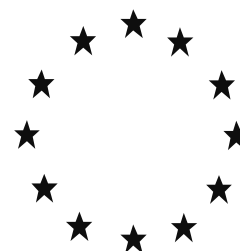
Las tasas se basan en la clasificación de Child-Pugh:

Designación del grupo	A	B	C
Bilirrubina sérica (µmol/l)	Menos de 34,2	De 34,2 a 51,3	Más de 51,3
Albumina sérica (g/l)	Más de 35	De 30 a 35	Menos de 30
Ascitis	Ninguna	Fácil control	Difícil control
Trastornos neurológicos	Ninguno	Mínimos	Coma avanzado
Estado nutricional	Excelente	Bueno	Mediocre, amiotrofia

Las tasas propuestas son las siguientes:

Clase 3: insuficiencia hepática avanzada Child C	70 % o superior
Clase 2: Child B	40 %
Clase 1: Child A	20 %

VII. SISTEMA URINARIO



VII. SISTEMA URINARIO

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

a) Pérdida de un riñón no reemplazado, función renal normal o que mantiene su estado anterior

Tasa de la pérdida de un órgano interno en su contexto psicológico y cultural particular.	15 %
---	------

b) Insuficiencia renal

Aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/mn. Requiere diálisis hospitalaria o en el propio domicilio, según complicaciones.	35 a 65 %
Aclaramiento de creatinina entre 10 y 30 ml/mn. Alteración del estado general. Régimen muy estricto y considerables necesidades terapéuticas.	25 a 35 %
Aclaramiento de creatinina entre 30 y 60 ml/mn. Tensión arterial mínima inferior a 12. Astenia, requiere un régimen y un tratamiento médico estrictos.	15 a 25 %
Aclaramiento de creatinina entre 60 y 80 ml/mn con tensión arterial (TA) $< 0 = 16/9$, en función del régimen, de la alteración del estado general y de los tratamientos.	5 a 15 %

En el caso particular de alteración de la función renal en un individuo al que se ha practicado una nefrectomía unilateral, la tasa de la pérdida anatómica no es acumulable, aunque la tasa mínima propuesta para la alteración de la función renal es del 15 %.

c) Trasplante

Según tolerancia al tratamiento con corticoides e inmunodepresores.	10 a 20 %
<i>En caso de insuficiencia renal sobreañadida imputable, consúltese el cuadro anterior.</i>	

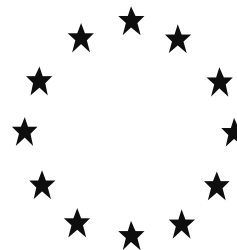
d) Incontinencia

Sin posibilidad de control	30 %
----------------------------	-------------

d) Estoma

Con bolsa colectora	15 %
---------------------	-------------

VIII. APARATO REPRODUCTOR



VIII. APARATO REPRODUCTOR

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

Las eventuales repercusiones endocrinas no se incluyen en las tasas.

Las tasas no incluyen las consecuencias en la diferenciación sexual cuando la lesión se produce antes de la pubertad.

Algunas de estas tasas caracterizan la pérdida del órgano en su contexto sociocultural.

I. MUJER

a) Pérdida de un órgano

Histerectomía	6 %
Ovariectomía: <ul style="list-style-type: none">• bilateral;• unilateral.	12 % 6 %
Mastectomía: <ul style="list-style-type: none">• bilateral;• unilateral.	25 % 10 %

b) Esterilidad

Fracaso definitivo de todas las técnicas médicas de asistencia a la procreación en un individuo anteriormente fértil; la tasa incluye la pérdida de los órganos.	25 %
--	-------------

II. VARÓN

a) Pérdida de un órgano

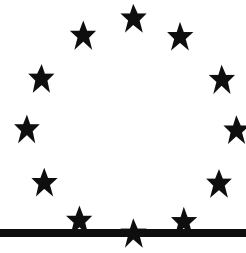
Orquiectomía: <ul style="list-style-type: none">• bilateral;• unilateral.	15 % 6 %
Pérdida del pene	40 %

b) Esterilidad

En un individuo anteriormente fértil; la tasa incluye la pérdida de los testículos.	25 %
---	------

Si además existe una pérdida del pene, la tasa combinada de la pérdida de órganos y de la esterilidad será del 45 %.

IX. SISTEMA ENDOCRINO



IX. SISTEMA ENDOCRINO

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

Es en estos casos donde se plantean los mayores problemas de imputabilidad. En efecto, resulta extremadamente raro observar durante la evaluación daños corporales constituidos únicamente por una deficiencia endocrina aislada.

En el capítulo que nos ocupa, en mayor medida que en los demás capítulos, conviene tomar una determinación en función de las exploraciones y de las pruebas complementarias realizadas por un especialista.

La evaluación se llevará a cabo en función de la adaptación al tratamiento, de su control y de su eficacia.

a) Hipófisis

Panhipopituitarismo (representado por un déficit total de las funciones hipofisarias anterior y posterior), que requiere un tratamiento sustitutivo y una vigilancia clínica y biológica periódica, según la eficacia del tratamiento.	20 a 45 %
Diabetes insípida , valorada en función de la eficacia de la terapia en el control de la poliuria.	5 a 20 %

b) Tiroides

Hipertiroidismo , con alteración de las constantes biológicas, temblores, exoftalmia sin repercusiones en la visión.	5 a 8 %
Ídem, con repercusiones en otros órganos y/o funciones.	8 a 30 %
Hipotiroidismo (excepcionalmente postraumático)	Hasta 5 %

c) Paratiroides

Hipoparatiroidismo , fundamentalmente según la alteración de los parámetros biológicos (calcemia, fosforemia, parathormona) y las molestias generadas por la persistencia de los signos clínicos.	5 a 15 %
--	-----------------

c) Páncreas – Diabetes

Diabetes no insulino dependiente Nunca es directamente postraumática. Cuando se establece la imputabilidad en función de la naturaleza de los signos clínicos y de las necesidades de control y de tratamiento.	5 a 10 %
Diabetes insulino dependiente <i>La aparición de este tipo de diabetes a menudo plantea problemas de imputabilidad, salvo cuando sobreviene como consecuencia de importantes lesiones pancreáticas. La tasa se valorará en función de su estabilidad, de su repercusión en la vida social y de las necesidades terapéuticas, así como del control.</i> - Diabetes mal controlada , con malestar, repercusiones en el estado general, que requiere una estrecha vigilancia biológica. - Diabetes bien controlada mediante un tratamiento insulínico sencillo, en función de las necesidades de control.	20 a 40 % 15 a 20 %
<i>En caso de complicaciones que dejen secuelas definitivas, consúltense las correspondientes especialidades.</i>	

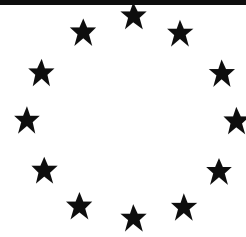
d) Suprarrenales

Insuficiencia suprarrenal: en función de las necesidades terapéuticas y de control.	10 a 25 %
--	------------------

e) Gónadas

Según el resultado del tratamiento sustitutivo.	10 a 25 %
--	------------------

X. PIEL



X. QUEMADURAS PROFUNDAS O CICATRIZACIONES PATOLÓGICAS

Las situaciones no descritas se evaluarán comparándolas con situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

Las tasas propuestas tienen en cuenta esencialmente las secuelas cutáneas, y no incluyen las consecuencias estéticas y las limitaciones de los movimientos.

Según el porcentaje de superficie corporal afectada por las lesiones

Inferior a 10 %	5 %
De 10 a 20 %	10 %
De 20 a 60 %	10 a 25 %
Superior a 60 %	25 a 50 %

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

Acúfenos	25
Afaquia	22
Afasia	12
Afonía	26
Agarres fundamentales	33
Agudeza (visual)	20
Agudeza (auditiva)	24
Alexia	13
Alzheimer (demencias de tipo)	14
Amputaciones (extremidad superior)	29
Amputaciones (extremidad inferior)	39
Anexos del ojo	23
Anquilosis (extremidad superior)	29
Anquilosis (extremidad inferior)	39
Anosmia	26
Anular	37
Apraxia	13
Arteriales (secuelas)	53
Articulación dental (trastornos de la)	26
Audición	24

B

Bazo (véase esplenectomía)	54
----------------------------	----

C

Cadera	39
Campo visual	22
Ceguera	20
Cervical (raquis...)	46
Ciático (parálisis del nervio)	19
Circunflejo (nervio)	18
Cirrosis	56
Codo	30
Cognitivos (déficits, trastornos)	13
Cola de caballo (síndrome de la)	12
Corazón	49
Coxis	47
Cristalino (lesiones del)	22
Cuadrantanopsia	22

D

Dedos	33
Deficiencias mixtas	14
Demencia	14
Depresivo (estado)	17
Desaferenciación (dolores por)	15
Diabetes	62
Didácticos (pérdida de conocimientos)	13
Dientes	26
Digestivo (sistema)	55
Diplopia	22
Disfonía	26
Disnea	51
Distractibilidad	13

E

Edentación	26
Endocrino (sistema glandular)	62
Endoprótesis (articular)	28
Epilepsia	15
Equilibrio (trastornos del)	25
Escotoma	22
Esplenectomía	54
Esterilidad	60
Estoma cutáneo digestivo	55
Estoma cutáneo urinario	59
Estomatología	26
Estrés postraumático	17

F

Facial (parálisis del nervio)	18
Femoral (nervio)	19
Femoro-patelar (síndrome)	42
Fibrosis (hepática)	56
Flebitis (secuelas venosas)	54
Frontal (síndrome)	13

G

Glandular (sistema)	62
Gónadas	64

H

Hemianopsia	22	Nervio músculo-cutáneo	18
Hemiplejía	12	Nervio obturador	19
Hepatitis	56	Nervio peroneo	19
Heteroforia	22	Nervio radial	18
Hipófisis	62	Nervio tibial	19
Hipoosmia	26	Nervio torácico superior	19
Hipertiroidismo	63	Nervio trigémino	18
Hipotiroidismo	63	Neurosis traumática	17
Histerectomía	60		
Hombro	29	O	
Humor (trastornos del)	13	Obturador (nervio)	19
		Oculomotricidad (trastornos de)	22
I J K		Oftalmología	20
Incontinencia fecal	55	Ojo (pérdida de la visión)	20
Incontinencia urinaria	59	Olfato (trastornos del sentido del)	26
Índice	37	Orquiectomía	61
Iniciativa (pérdida de la)	13	Ovariectomía	60
Jergafasia	13	Oxigenoterapia	51
Korsakoff (síndrome de)	13		
		P	
L		Parafasia	13
Laxitud (rodilla)	41	Paraplejía	12
Laxitud (tobillo)	43	Paratiroides	63
Lengua	27	Pelvis	48
Linfedema	54	Pene (amputación)	61
Lumbar (raquis)	47	Peroneo (nervio)	19
Lumbosacra (charnela)	47	Pie	42
		Pie equino	43
M		Pinzas fundamentales	33
Mandibular (disfunción)	26	Plexo braquial	18
Mano	33	Postconmocional (síndrome)	14
Mastectomía	60	Prehensión	33
Mediano (nervio)	18	Procreación	60
Medio	37	Prótesis articular	28
Memoria	13	Prótesis vascular	53
Meñique	37	Pruebas respiratorias funcionales	51
Muñeca	31	Pseudofaquia	22
		Psicóticos (trastornos)	17
N		Psiquiatría	17
Nasal (trastornos de la ventilación)	26	Pulgar	36
Nervio ciático	19	Pulmón	51
Nervio cubital	18		
Nervio espinal	18	Q	
Nervio femoral	19	Quemaduras	65
Nervio hipogloso mayor	19		
Nervio glossofaríngeo	18		
Nervio mediano	18		

R

Radial (parálisis)	18
Raquis	46
Reducciones	45
Renal (insuficiencia)	58
Respiratoria/o (prueba funcional, insuficiencia, sistema)	51
Rodilla	41

S

Sensitivomotoras (déficits)	12
Síndrome de Korsakoff	13
Síndrome de la cola de caballo	12
Síndrome femoro-patelar	42
Síndrome frontal	13
Síndrome postconmocional	15
Suprarrenales	64

T

Tetraplejía	12
Tiroides	63
Tobillo	42
Torácico (raquis)	47
Torácico superior (nervio)	19
Toracotomía (secuelas)	52
Toracolumbar (charnela)	47
Trasplante cardíaco	50
Trasplante renal	59

U

Úlceras (de pierna recidivantes)	54
Cubital (parálisis del nervio)	18
Urinario/a (sistema, incontinencia)	59

V

Venosas (secuelas)	53
Ventilación nasal (trastornos de la)	26
Vértigo (posicional paroxístico)	25
Vestibular (lesión destructiva)	25
Visual (agudeza)	20
Visual (campo)	22

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

A. JUSTIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN MEDIANTE UN BAREMO

1. Hoy en día, al igual que en cualquier época, la evaluación y la indemnización de los daños corporales en cada uno de los Estados de la Unión Europea se basan en consensos sociales y legislativos, que son el reflejo de la filosofía de su sociedad.

Por lo general, los principios están enunciados en leyes o códigos de forma lapidaria, y las modalidades están organizadas por la jurisprudencia y la doctrina.

2. En el marco de la reparación integral, el Derecho común de la responsabilidad civil distingue entre los perjuicios económicos y los perjuicios no económicos.

Los perjuicios económicos, que se desglosan en un apartado médico y otro ergológico, requieren una evaluación *in concreto* y, por tanto, no se pueden baremizar.

Por su parte, los perjuicios no económicos son aquellos que se producen fuera de todo contexto lucrativo. Tienen un carácter puramente personal y suponen una alteración de las actividades habituales del día a día, esto es, de la serie de gestos y actos que mujeres y hombres realizan desde el momento en que se levantan hasta que se acuestan, independientemente de toda actividad profesional. Estos perjuicios afectan a la calidad de la vida cotidiana.

3. Las secuelas que generan un perjuicio de carácter personal afectan al individuo en el marco de actividades aproximadamente idénticas a las de cualquier otro individuo, por lo que puede afirmarse que idénticas secuelas tienen repercusiones casi idénticas en la vida diaria. De ahí que sea lógico pensar que justifican una evaluación idéntica y que, por ende, pueden responder a una lógica de baremo.

En la práctica, el sistema actual, considerado satisfactorio pese a sus imperfecciones, permite establecer una evaluación relativamente reproducible al realizarse mediante un baremo.

4. En la mayoría de los Estados de la Unión Europea los peritos no se conforman con una sencilla descripción, debido a que su transposición por parte de la autoridad decisoria en materia de indemnización es una interpretación y, como toda interpretación, conlleva un riesgo de alteración. Lo anterior se observa, sobre todo, si la autoridad decisoria en uno de los Estados utiliza la descripción hecha por el perito en otro Estado, pues no hay que subestimar los problemas lingüísticos y de terminología específica. De ahí que resulte conveniente realizar un esfuerzo de síntesis y precisión caracterizando la situación de las secuelas mediante una tasa acompañada de una explicación: *el peritaje consiste en escuchar, observar, medir, comprender y, luego, explicar para hacer comprender.*

El sistema de tasas requiere el establecimiento de un baremo con fines de igualdad y justicia, ya que a secuelas idénticas les corresponden una tasa y una indemnización idénticas.

5. El principal inconveniente de los actuales baremos radica en la ausencia de fundamento científico, dado que constituyen una recopilación de tasas aceptadas por las jurisprudencias nacionales. Se trata, por tanto, de “baremos tradicionales”.

No obstante, tienen la ventaja de evolucionar con los progresos de la terapéutica, la readaptación, las técnicas de objetivación y cuantificación, así como de nuestros conocimientos sobre la evolución de las víctimas de traumatismos.

Además, ¿podría un baremo puramente “científico” tener en cuenta las inevitables consideraciones socioculturales, al igual que lo hacen de una manera no asertiva los baremos nacionales actuales? Pese a que dichas consideraciones no difieren de forma notable de un Estado de la Unión Europea a otro, cabe preguntarse si los europeos podrían concebir un baremo que otras civilizaciones consideraran aceptable, y viceversa.

B. NECESIDAD DE ESTABLECER UN BAREMO EUROPEO

6. La voluntad europea es la de mantener la indemnización integral de los perjuicios económicos y promover la indemnización baremizada de los daños personales.
7. Teniendo en cuenta que cada uno de los países de la Unión evalúa la pérdida de los mismos órganos y de las mismas funciones de acuerdo con su propia evaluación, y que las mismas secuelas se cuantifican de diferente manera, resulta inútil armonizar las formas de indemnización financiera.

La evaluación reproducible por peritos diferentes en diversos países, de la que se extraen conclusiones idénticas frente a balances de las secuelas idénticas, impone el uso de un baremo europeo único.

8. No es posible eliminar aquello que pertenece a la cultura de un Estado para armonizar la indemnización y la evaluación propias de los distintos países. Por consiguiente, la armonización requiere obligatoriamente proponer soluciones que ninguno de los agentes del cambio deberá considerar inaceptables, teniendo en cuenta que ninguna será plenamente satisfactoria para todos ellos.
9. Se llegó a la conclusión de que una asociación nacional o un equipo universitario único no podrían estudiar el establecimiento de un baremo europeo; en efecto, era preciso combinar el conocimiento aplicado de los diferentes baremos nacionales y el respeto de las particularidades basadas en la filosofía de una sociedad. A tal fin, se eligió un organismo con vocación europea y preocupado por lograr un consenso, tratando de no desestabilizar un sistema que, a día de hoy y pese a sus imperfecciones, funciona. La elección recayó en la Confederación Europea de Expertos en Evaluación y Reparación del Daño Corporal (CEREDOC), que reúne a profesores universitarios y profesionales de alto nivel

procedentes de los diferentes Estados europeos, y cuyo equipo trabaja en colaboración con eminentes especialistas en las disciplinas médicas relacionadas con el peritaje. Además, esta asociación se ha enriquecido con las aportaciones de asociaciones nacionales y profesores universitarios que han validado sus trabajos.

C. BASES Y PRINCIPIOS DEL BAREMO EUROPEO

10. Un baremo único implica que está sustentado por conceptos aceptados por todos. Dichos conceptos se definieron durante el Coloquio de Tréveris I de junio de 2000, dirigido por Willi ROTHLEY, Vicepresidente de la Comisión de Asuntos Jurídicos del Parlamento Europeo.

Los médicos imputan, objetivan y cuantifican sin superar los límites de sus competencias específicas, teniendo en cuenta que no siempre existe una adecuación perfecta entre la complejidad del ser humano y el marco definido por los juristas.

11. Las funciones del perito médico consisten, por una parte, en cuantificar las lesiones personales médicamente constatables y/o explicables y, por otra, en emitir un dictamen técnico sobre una lista limitativa de posibles perjuicios particulares.
12. La evaluación se fundamenta en las lesiones físicas y/o psíquicas médicamente constatables y, por ende, evaluables.

La evaluación reproducible de los daños subjetivos puros médicamente explicables (plausibles pero no constatables, luego no evaluables) sólo es posible en caso de realizarse aplicando una misma y única tasa, ya que no se puede modular lo que no se puede objetivar.

13. La evaluación requiere una unidad y un sistema. En este contexto, se ha optado por un sistema porcentual para no modificar en demasiada profundidad la práctica médico-legal de los peritos europeos.

En la reunión de Tréveris I, la lesión psicofísica (AIPP, por sus siglas en francés) se ha definido en los siguientes términos:

la reducción definitiva del potencial físico y/o psíquico médicamente constatable o médicamente explicable, a la que se añaden los dolores y las repercusiones psíquicas que el médico sabe que se asocian normalmente a la secuela, así como las consecuencias en la vida diaria habitualmente y objetivamente asociadas a dicha secuela.

La tasa de AIPP es:

el orden de magnitud, relacionado con un máximo teórico de 100 %, de la dificultad que siente todo individuo cuyas secuelas han sido cuantificadas de este modo para realizar los gestos y actos habituales de la vida diaria extraprofesional, es decir, el orden de magnitud de su "incapacidad personal".

El porcentaje de AIPP

no es una unidad de medida, sino una unidad de evaluación, resultado de la integración de mediciones de fenómenos diversos con ayuda de instrumentos diversos, luego expresados en unidades diversas, y por una opinión intuitiva fruto de la experiencia y del arte de comprender los imponderables.

14. De este modo, la baremización no excluye cierta personalización. El médico explica la repercusión de las secuelas en la vida diaria y luego establece una tasa. Esta tasa no cuantifica únicamente las lesiones definitivas, sino que también integra diversos parámetros tomados en cuenta por la unidad compuesta, esto es, el porcentaje; por tanto, incluye una parte “no evaluable que tal vez constituye el factor esencial” que refleja la especificidad, comprendida por el perito, del individuo sometido a peritaje.
15. En caso de estado anterior patológico modificado por el accidente objeto del peritaje, la descripción y la explicación son complementos indispensables de la tasa, al tener esta última sólo un valor relativo. En el caso de una persona amputada de una pierna y con una prótesis adecuada que, como consecuencia del accidente en cuestión, queda parapléjica, no basta con sustraer las tasas después y antes de la paraplejía para calcular el daño ocasionado: el perjuicio es la diferencia en la vida diaria, diferencia que deberá describirse.
16. Son muchas las situaciones secuelares que tienen importantes consecuencias en la vida diaria: por tanto, la tasa de 100 % no representa la pérdida funcional total. Sin duda, cuando se ha fijado una tasa, la capacidad restante no es la diferencia entre 100 % y esta tasa, sino algo mucho más importante.
17. Además de la AIPP, a veces también deben reconocerse determinados perjuicios específicos de la víctima en cuestión, tales como el perjuicio estético, el perjuicio sexual (distinto del daño a la función reproductora), los dolores excepcionales o las consecuencias negativas para las actividades específicas de ocio.

En ocasiones se reclaman otras indemnizaciones por perjuicios; se trata de perjuicios artificiales, que suponen una duplicación de la AIPP o que no requieren en absoluto la competencia del médico.

Dichos perjuicios no son objeto de este baremo, que no los tiene en cuenta.

18. La vivencia de un herido no es sino su forma personal de reaccionar ante una agresión, y depende en gran medida de los rasgos fundamentales de su personalidad. Si se trata de un estado patológico, este factor se tendrá en cuenta en las incapacidades temporales y en la AIPP. En caso contrario, no es un estado demostrado, constatable ni evaluable, es decir, no es un estado “médico”, por lo que el médico no podrá aportar ningún dato específico en relación con su caso.
19. Por último, algunas tasas propuestas en la presente guía, por ejemplo, en caso de pérdida de un ojo o de nefrectomía unilateral, dejan abierta la posibilidad de tener en cuenta en una fase posterior el deterioro del órgano par restante que la víctima pudiera sufrir, riesgo que no

puede pronosticarse durante el proceso de consolidación. Del mismo modo, ninguna endoprótesis tiene una duración ilimitada. Siendo así, la legislación deberá contemplar disposiciones específicas de cara al futuro o un procedimiento de agravio, caso que actualmente se da únicamente en algunos Estados.

Si la anatomofisiología humana y la resistencia de los materiales no pueden responder a los deseos de las leyes y de los juristas, los textos legislativos deberán adaptarse a las realidades esenciales.

D. METODOLOGÍA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN BAREMO EUROPEO

20. El principio básico aplicado es que, en todos los Estados, conviene que los mismos órganos, las mismas funciones y las mismas depreciaciones-tipo de estas funciones tengan un valor idéntico. Estos valores o tasas centrales constituyen la infraestructura, esto es, el esqueleto del baremo europeo.
21. Resultaría desproporcionado jerarquizar el valor de los órganos y de las funciones, pues sería un proceso puramente empírico. En cambio, se podría establecer una jerarquía de los diferentes segmentos de un órgano y de las depreciaciones de una misma función tras realizar un estudio de sus repercusiones objetivas en la vida diaria.

La observación nos lleva a constatar que el perjuicio progresa de forma impredecible en vez de seguir una lógica matemática. Por consiguiente, sólo la observación y la medición pueden conferir un valor a un baremo.

Por tanto, las tasas centrales se han establecido mediante la observación y medición para caracterizar la secuela y, luego, cuantificarla gracias a una tasa en función de su incidencia en los actos habituales de la vida diaria. Esta búsqueda de la incapacidad funcional es un concepto fácilmente accesible para los peritos que todavía no utilizan el sistema de baremo, que no modifica el enfoque médico-legal habitual de los que lo utilizan.

De esta forma, se ha establecido el valor de las amputaciones, el valor de las pérdidas funcionales totales (como, por ejemplo, la anquilosis de una articulación) y el de la horquilla correspondiente a determinadas pérdidas funcionales parciales. Tras una reflexión basada en la comparación con otras situaciones secuelares de igual importancia, se han fijado las tasas correspondientes teniendo en cuenta valores convencionales actualmente reconocidos en los diferentes Estados.

22. Las secuelas parciales deben valorarse en función de la deficiencia observada, teniendo en cuenta la tasa de la pérdida total.
23. Algunas lesiones, en particular en el ámbito sexual (como por ejemplo, la mastectomía bilateral y la amputación del pene), se caracterizan por unas tasas que podrían parecer demasiado elevadas. No obstante, estas tasas tienen en cuenta el contexto sociocultural europeo, aspecto que la evaluación no puede ignorar.

24. Ha resultado esencial velar por la coherencia interna vertical en cada una de las funciones estudiadas, pero también por la coherencia horizontal, comparando las situaciones clínicas y su incidencia en la vida diaria, para las tasas de igual magnitud, con el fin de evitar disparidades demasiado grandes.

E. PERSPECTIVAS

25. Un Observatorio Europeo del baremo, compuesto en parte por miembros de la CEREDOC, se encargará de su revisión permanente en función de los comentarios, las críticas fundadas, los problemas de utilización, los métodos de evaluación y el avance de nuestros conocimientos.

F. AGRADECIMIENTOS

26. Nuestros agradecimientos a los especialistas que nos han sido de gran ayuda y que nos han respaldado con su garantía de calidad,

Prof. Pierre LUCAS (Bélgica)
Presidente de la CEREDOC¹

Coordinador del “Grupo ROTHLEY” de estudio del baremo europeo,

en nombre de los principales responsables
del grupo de trabajo y miembros del Comité ejecutivo de la CEREDOC ,
los Profesores y Doctores:

BOROBIA César, España
CANNAVÓ Giovanni, Italia
GUISCAFFRE-AMER Juan, España
HUGUES-BÉJUI Hélène, Francia
SAUCA Carlos, España
STEHMAN Michel, Bélgica
STRECK Walter, Alemania
VIEIRA Duarte Nuno, Portugal

¹ Confederación Europea de Expertos en Valoración e Indemnización del Daño Corporal
Via Livenza, 25 PISA – ITALIA – Tel. +39.0508312083 – Fax +39.0508310049 – correo electrónico:
info@ceredoc.it - www.ceredoc.it

ÁLVAREZ Luis Miguel, España
ANCI AUX Pierre, Francia
ARBARELLO Paolo, Italia
AVATO Francesco, Italia
BEAUTHIER Jean-Pol, Bélgica
BEINE Lucien, Bélgica
BÉJUI-HUGUES Jacques, Francia
BUCCELLI Claudio, Italia
BUU-HOÏ Patrick, Francia
CANALE Marcello, Italia
CANDAELE Patrick, Bélgica
CANTALOUBE Daniel, Francia
CASTELLA Josep, España
CHIKHANI Luc, Francia
CHODKIEWICZ Jean-Paul, Francia
CHOUAIB Raymond, Francia
CHOUTY Fabrice, Francia
COBO Germán, España
CORDIER Bernard, Francia
CORTE-REAL Francisco, Portugal
COSTA SANTOS Jorge, Portugal
COURTAT Philippe, Francia
DALPHIN Jean-Charles, Francia
DAUPLEIX Denis, Francia
DE FERRARI Francesco, Italia
DEVOS René, Bélgica
DIONOT Thierry, Francia
DUPUY Pierre, Francia
ELBAZ Pierre, Francia
FIORI Angelo, Italia
FOELS Alain, Francia
FOYATIER Jean-Louis, Francia
GANDJBAKHCH Iradj, Francia
GERONA José Luis, España
GHERON Gérard, Francia

GUEGUEN Bernard, Francia
HAERTIG Alain, Francia
HAMARD Henry, Francia
JANOT Christian, Francia
JENOUDÉ Louis-Pierre, Francia
JONCKHEER Ludo, Bélgica
KEMPENEERS Philippe, Bélgica
KLEIN Marcel, Francia
LATIL Gérard, Francia
LATINI Elide, Italia
LEFEVRE Raymond, Francia
LEFRANC Jean-Pierre, Francia
LERUT Hugo, Bélgica
LESMES Rafael, España
LEVY Gilbert, Francia
MAGALHÃES Teresa, Portugal
MALADJIAN Jacques, Francia
MARIGO Mario, Italia
MÉTREAU Roselyne, Francia
NORELLI Aristide, Italia
NORTH Pierre, Francia
PANARESE Fernando, Italia
PEYTRAL Claude, Francia
PIRONE Giovanni Maria, Italia
REBELLO Ascensão, Portugal
RICCI Pietrantonio, Italia
RUMILLY André- Georges, Francia
SEPULCHRE Marc-Antoine, Bélgica
SOLIGUER Juan, España
SULMAN Thierry, Francia
TRICOT Jean-Pierre, Bélgica
UMANI-RONCHI Giancarlo, Italia
VANKERKEM Charles, Bélgica
VIGNERON Jean-Robert, Bélgica