

Secuelas y lesiones por accidentes de tráfico

**Una necesidad apremiante: la derogación de La tabla VI de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.**

Estudio médico-jurídico

- \* **Derogación de la tabla VI ley 34/03**
- \* **Tabla VI ley 34/03 y gasto sanitario**

**Autores**

Ana Cristina MAZARIEGOS ARAGÓN, Abogado

Pedro MUR LLORENTE, Médico

Rafael Pablo SANZ GONZALEZ, Abogado

Rafael SARANDESES y FDEZ. DE SANTA EULALIA, Médico

**SANILEX - GERONA**

28/julio/2012

**Ocho razones para la derogación de la tabla VI, «Clasificaciones y Valoración de Secuelas», del anexo (Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación) de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor**

Sumario-

- 1. Primera razón: una tabla VI despojada ciencia médica**
- 2. Segunda razón: la tabla VI burda y con "trampa"**
- 3. Tercera razón: una tabla VI de rebajas**
- 4. Cuarta razón: tabla VI una salsa de conceptos no sumables**
- 5. Quinta razón: una tabla VI muy tacaña con el daño moral**
- 6. Sexta razón. tabla VI con trampa matemática de postín**
- 7. Séptima razón: factura del daño emergente para al estado**
- 8. Octava razón: lucro cesante a precio de saldo**

**Anexo.- Razones de índole jurídica y política**

## **Ocho razones para la derogación de la tabla VI, «Clasificaciones y Valoración de Secuelas», del anexo (Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación) de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor**

### **1.- Primera razón: UNA TABLA VI DESPOJADA CIENCIA MÉDICA**

La denominada como "herramienta de Clasificación y Valoración de Secuelas" **no tiene base científica alguna, ni es producto de un periodo de análisis y estudio a cargo de "comités de expertos" debidamente acreditados.**

La composición de dichos "comités de expertos" estuvo integrada en el nacimiento de la tabla allá por el año 1995, exclusivamente por médicos en nómina de las aseguradoras. No intervino ni la Academia de Ciencias Médicas, ni las Cátedras de Medicina Legal ni por supuesto hubo representación de las Sociedades Médicas de todas las Especialidades reconocidas legalmente en España.

Por tanto, **en origen** esta tabla VI apuntaba ya hacia una redacción parcial y "de parte", con **claros intereses económicos** por parte de las Aseguradoras sobre la forma en que quedaría redactada finalmente en sus inicios como OM en el año 1991.

La estrategia para obtener el visto bueno para la futura Ley 30/95 dio comienzo con la difusión interesada...y sin fondo alguno de certeza...de dos supuestas circunstancias que se estaban produciendo en este país en relación con los seguros del automóvil:

A- "Se estaban disparando los montantes de las indemnizaciones concedidas por los juzgados para los lesionados en accidentes de tráfico y ello, lógicamente, repercutiría negativamente en el futuro sobre el precio de los seguros"

B- "Se estaba dando una situación de inseguridad jurídica de manera que había disparidad de criterios judiciales" que determinaba que dos lesionados con las mismas secuelas fueran indemnizados con cantidades muy distintas según el juzgado en el que se tramitara el expediente judicial.

Estos dos presuntos supuestos, repetidos hasta la saciedad en cualquier publicación, congreso o jornadas relacionadas con la nascente especialidad de la "Valoración del Daño Corporal" por las aseguradoras...este canto de plañideras, no podía ser más ficticio, pero no hay nunca que subestimar el protocolo de actuación de la "**medicina" a gusto del pagador**" (RODRIGUEZ JOUVENCEL)

A- Allá por esos años, España ya pertenecía al "grupo de los doce" o **Comunidad Económica Europea**. Pues bien, una estupenda monografía editada por una editorial jurídica (Colex) en el año 1991, cuyos autores son **McKintosh y Holmes**, y que fue traducida al castellano por el despacho de abogados Muñiz y Ruiz Gallardón, titulada "**Indemnizaciones por lesiones personales en la CEE**" demostraba sobradamente la **falsedad del primer supuesto de hecho del que se quejaban las aseguradoras**.

Un somero vistazo a dicha publicación, que exponía casos estándar escogidos, con ejemplos concretos, nos ilustraba de qué forma y en qué manera eran indemnizadas las víctimas de accidente de tráfico en los países CEE. El **análisis de derecho comparado** de dicha publicación ponía en evidencia lo siguiente:

"Para el caso de un varón de 40 años, médico de profesión, con dos hijos a su cargo", la media de indemnización en pesetas, tomando como ejemplo cuatro supuestos en la Europa de los Doce era la siguiente:

**Muerte: De los 88 millones en Italia (puesto 1) a los 31 para España (puesto 11)**

**\* Tetrapelja: De los 221 millones de Alemania (puesto 1) a los 74 para España (puesto 11)**

**\* Paraplejia: De los 134 millones de Francia (puesto 1) a los 53 para España (puesto 11)**

**\* Ceguera total: De los 147 millones de Francia (puesto 1) a los 10 para España (puesto 12).**

Por tanto el estudio de McKintosh y Holmes demostraba ya en 1991 que **España ocupaba el furgón de cola de la Europa de los Doce en materia de indemnización de daños personales a las víctimas de accidente de tráfico.**

**Primer argumento propagandístico de las aseguradoras: una falacia.**

B- Vamos ahora al **segundo argumento propagandístico de las aseguradoras** para "crear" un estado de opinión favorable a la "fabricación" de un baremo de indemnizaciones cerrado y vinculante: El de la inseguridad jurídica.

Todos los que vivimos aquellos años sabemos de sobra que la causa de que, en un relativo número de casos, se obtuvieran indemnizaciones diferentes para las mismas lesiones descansaba única y exclusivamente en las diferencias en el nivel científico, calidad y cantidad de la prueba pericial aportada por la víctima de unos casos respecto de otros, de tal manera que un buen informe pericial médico que se sustentara con pruebas objetivas de diagnóstico de secuelas y calidad en la exposición oral del mismo ante el juez, repercutía en el "quantum" indemnizatorio...como no podía ser de otra forma. **No era pues un problema de los jueces sino del nivel de los que informaban y asesoraban a los jueces.**

**Segundo argumento propagandístico de las aseguradoras: otra falacia.**

## **2.- Segunda razón: LA TABLA VI: BURDA Y CON "TRAMPA"**

La llamada Tabla VI, «Clasificaciones y Valoración de Secuelas», del anexo (Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las personas en Accidentes de Circulación) no es mas que una burda copia en literal, sólo en cuanto a la nosología de las secuelas...ni mucho menos se copia en literal la valoración asignada a cada una de las mismas...del **Baremo de Invalideces de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales vigente en Francia.**

Los "inventores" de la tabla VI hicieron un "cortar y pegar a la baja" de las tablas de un baremo vigente en Francia el **orden laboral**, y por tanto de responsabilidad LIMITADA, plantificando dicha "herramienta" como ley en nuestro país en el **orden civil**, con R.Civil ILIMITADA.

En relación con lo expuesto hay que destacar que el art. 453 del Código de la Seguridad Social francés, de cuyo baremo oficial para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales la Tabla VI es una copia en literal, establece que **"el presente baremo indicativo para determinar las bases de estimación del perjuicio será aplicable a los asalariados del régimen general y del régimen agrícola...Y NO SERÁ REFERENCIA EN FORMA ALGUNA PARA LAS REGLAS DE EVALUACIÓN SEGUIDAS EN LOS TRIBUNALES EN MATERIA DE REPARACIÓN DE DAÑOS EN DERECHO COMÚN".**

### **3.- Tercera razón: UNA TABLA VI DE REBAJAS**

A pesar de ser una burda copia en literal del **Baremo de Invalideces de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales vigente en Francia**, la Tabla VI muestra "diferencias muy significativas" respecto al modelo plagiado, de tal manera que obvia secuelas que sí se incardinan en aquél, y por otra parte sus valoraciones por secuelas muestran puntuaciones siempre "a la baja" con respecto al modelo copiado. Algunos ejemplos para la misma secuela:

#### **1- Pérdida de sustancia ósea del cráneo:**

\* Baremo francés de 10 a 60 puntos según tamaño de la pérdida (de 3 a 10 cm)

\* ***Baremo español de 1 a 15 puntos***

#### **2- Deficit de Funciones Cognitivas Superiores Integradas tras un TCE:**

\* Baremo francés de 30 a 100 puntos

\* ***Baremo español de 10 a 90 puntos***

#### **3- Incontinencia completa de orina:**

\* Baremo francés 70 puntos

\* ***Baremo español de 30 a 40 puntos***

#### **4- Hemiplejia incompleta:**

\* Baremo francés de 50 a 80 puntos

\* ***Baremo español de 15 a 60 puntos***

#### **5- Parálisis completa de un miembro superior:**

\* Baremo francés de 50 a 80 puntos \* ***Baremo español de 15 a 60 puntos***

#### **6- Algodistrofia de miembro superior:**

\* Baremo francés de 10 a 50 puntos \* ***Baremo español de 1 a 5 puntos***

**7- Pérdida de la visión de ambos ojos (Ceguera)**

\* Baremo francés 100 puntos

\* ***Baremo español 85 puntos***

**8- Amputación de la lengua:**

\* Baremo francés 80 puntos

\* ***Baremo español 45 puntos***

**9- Severa eventración abdominal:**

\* Baremo francés 40 puntos

\* ***Baremo español 20 puntos***

**10- Traqueotomizado portador de cánula:**

\* Baremo francés 80 puntos

\* ***Baremo español de 35 a 45 puntos***

**11- Pérdida de los dos testículos adolescente**

\* Baremo francés 80 puntos

\* ***Baremo español 40 puntos***

**12- Histerectomía total:**

\* Baremo francés de 20 a 50 puntos

\* ***Baremo español de 10 a 40 puntos***

Esta paradójica evaluación "a la baja" se mantiene en todos y cada uno de los capítulos de la Tabla VI no vamos a redundar en ello. Estudios comparativos así lo demuestran.

#### **4.- Cuarta razón: TABLA VI UNA SALSA DE CONCEPTOS NO SUMABLES**

La estimación del valor del punto por secuelas está realizada en base al salario mínimo interprofesional vigente en el año 1995, con los sucesivos incrementos del IPC desde entonces. Se trata pues de una valoración estrictamente economicista queriendo entender que se hace en términos de lucro cesante.

Pero resulta que la mayoría de la población activa de este país no percibe un salario equivalente al SMI. En consecuencia el valor del punto no puede tener como índice de valoración el valor del SMI.

Por otra parte se dice en las reglas de utilización finales de la Tabla VI que la puntuación por secuelas se refiere al daño del patrimonio fisiológico o funcional (tanto por ciento de discapacidad) y al patrimonio estético, añadiendo dichas reglas sobre éste último *"La puntuación adjudicada al perjuicio estético es la expresión de un porcentaje de menoscabo permanente del patrimonio estético de la persona. 50 puntos corresponden a un porcentaje del 100 por cien"*.

En términos porcentuales el patrimonio íntegro, funcional y estético, de una persona es el 100% de ambos. De la misma forma que un lesionado puede ser víctima de un daño fisiológico o funcional del 100%, también lo puede ser en su patrimonio estético en el mismo grado. Por lo tanto ambos ámbitos de valoración, funcional y estético deben hacerse en todo caso sobre el 100%, sin distinción entre uno y otro.

¿En qué quedamos?...

Se trata de un "amasijo" de conceptos realmente infumable.

## **5- Quinta razón: UNA TABLA VI MUY TACAÑA CON EL DAÑO MORAL**

Las reglas generales de aplicación de la tabla VI establecen que el llamado daño moral ya va incluido en el valor del punto establecido por edad y nivel de puntuación total por secuelas.

Por otra parte y al hablar de los factores correctores de la indemnización la Ley dice textualmente:

“Daños morales complementarios: Se entenderán ocasionados cuando una sola secuela exceda de 75 puntos o las concurrentes superen los 90 puntos. Sólo en estos casos será aplicable...hasta un máximo de 92.000 euros.

Este punto merece especial rechazo por cuanto deja fuera de la valoración de factor corrector por daño moral complementario los siguientes ejemplos:

- La pérdida total de la lengua
- La pérdida completa de la función auditiva
- Traqueotomizado con necesidad permanente de cánula
- Una mastectomía bilateral
- Una bolsa de colostomía permanente
- Una insuficiencia renal de grado IV
- La pérdida traumática de los dos testículos
- La desarticulación de un hombro
- La amputación de ambas manos
- La amputación de ambos pies
- Etc.

## 6.- Sexta razón **TABLA VI CON TRAMPA MATEMÁTICA DE POSTÍN**

La aplicación en la valoración de secuelas concurrentes de **la fórmula de Balthazard: una trampa que equivale a la injusticia.**

En los casos en que una misma persona presenta más de un daño en el mismo u otros órganos o sistemas (ejemplo una lesión cerebral con lesión osteomuscular), para determinar el daño final correspondiente se deben tener en cuenta todas las secuelas y porcentajes.

Un primer daño repercutirá sobre las capacidades funcionales de un individuo, dejando una capacidad residual específica. En la medida que consideremos nuevos daños, estos afectaran cada vez esa capacidad residual en un porcentaje adicional. Si sumáramos este porcentaje podría llegar el momento en que se supere el 100% de pérdida lo cual no tendría sentido lógico.

Para solucionar este inconveniente en el manual se aplica la formula de Balthazar, que es una formula matemática reduccionista validada, aceptada y utilizada por muchos baremos, como el de la Asociación Médica Americana (AMA), para valorar discapacidades concurrentes. Resulta que esta metodología de valoración combinada, que se utiliza para calcular tasas por incapacidades concurrentes (Vease Tablas AMA) sin derivaciones económicas, se traslada a la evaluación económica, cambiando el concepto "tanto por ciento de incapacidad", por el termino "puntos por secuela".

Esta "original" metodología de evaluación económica de las secuelas penaliza a las victimas más graves, a los grandes lesionados, a los politraumatizados...en definitiva penaliza a los que menos tendría que penalizar.

La consecuencia de la aplicación de esta fórmula, inadecuada para evaluaciones economicistas, es clara: A MAYOR NUMERO Y MAYOR GRAVEDAD DE LAS SECUELAS PADECIDAS POR UNA VICTIMA DE ACCIDENTE LA VALORACION FINAL SE ADELGAZA MÁS CON RESPECTO A LOS QUE PRESENTAN SECUELAS MUCHO MENOS GRAVES.

Y es que pensamos que el daño funcional debe ser considerado IGUAL PARA TODAS LAS VICTIMAS, CON INDEPENDENCIA DE SEXO, EDAD O CONDICIÓN ECONÓMICA. No parece seguir este criterio la Tabla VI cuando el valor "económico del punto, que no del tanto por ciento de discapacidad, se determina especialmente en función de la edad.

Vamos a poner un ejemplo práctico para que se pueda ver el dramático efecto-trampa de este sistema de valoración. *Imaginemos a dos amigos de juventud. Ambos tienen 50 años y por casualidad ambos tienen dos hijos adolescentes de 19 años, llamados Pepito y Jaimito, los cuales son también amigos desde la guardería.*

*Resulta que un triste día del año 2008 , Pepito y Jaimito deciden viajar en autobús a un concierto del grupo U-2 desde Gerona a Zaragoza.*

*Sobre las 20 horas de ese fatídico día el conductor del autobús, que sufre de apnea del sueño, se duerme al volante y el autobús se sale de la autopista a su paso por el área de servicio de Los Monearos .En el accidente ambos amigos, Pepito y Juanito, salen despedidos a veinte metros del autobús golpeando sus cabezas contra el asfalto con enorme violencia.*

*Pepito sufre queda con una tetraplejia completa, por lesión medular directa relacionada con una luxación vertebral muy grave. Solo puede mantener la sedestación y la movilidad de la musculatura de cara y cuello .No hay afectación cognitiva.*

*Jaimito queda con una tetraplejia completa de causa central por TCE grave con afectación cognitiva y además como consecuencia de una contusión en el lóbulo occipital queda con una ceguera central completa.*

Si a este caso concreto aplicamos el sistema de valoración propuesto por la Tabla VI del baremo la **valoración según el sistema de la ley 34/03 sería:**

1.- Pepito: \* La tetraplejia completa alta se valora generosamente con 100 puntos que a un valor del punto de 3.000 euros para una edad de 19 años hacen un total de **300.000 euros.**

2.- Jaimito: \* La tetrapeljia completa con afectación cognitiva se valora con 100 puntos. \* La ceguera competa de tipo cortical se valora con 85 puntos

La aplicación "combinada" de valores de 100 con 85 totalizan 100 puntos que a un valor del punto para una edad de 19 años de 3.000 euros hacen un total de **300.000 euros.**

**Conclusión: la indemnización por perjuicio fisiológico totalmente idéntica, o lo que es lo mismo, una secuela de 85 puntos según baremo le sale gratis a la aseguradora en el caso de Jaimito.**

## **7- Séptima razón: FACTURA DEL DAÑO EMERGENTE AL ESTADO**

En España la tabla VI de la Ley 34/03, a diferencia de la mayoría de los países de la CE no contempla en ningún caso la partida por gastos médicos futuros. Se trata de un partida muy importante en muchos lesionados que a lo largo de su vida van a generar un gasto relacionado con infinidad de recursos socio-sanitarios.

En el resto de Europa esta partida constituye una cantidad presente de forma constante en el desglose de las indemnizaciones por accidente.

A modo de ejemplo de derecho comparado volvamos al libro de McKintosh y Holmes, traducida al castellano por el despacho de abogados Muñiz y Ruiz Gallardón, titulada "Indemnizaciones por lesiones personales en la CEE", con la reserva que implica hablar de cifras del año 1992: "**para caso de varón de de 40 años, con dos hijos de 5 y 7 años, médico de profesión**"

### **1- INGLATERRA**

\* Tetraplejia:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 70 millones ptas.

\* Lesión cerebral severa:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 70 millones ptas.

### **2- BÉLGICA**

\* Tetraplejia:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 68 millones ptas.

\* Lesión cerebral severa:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 60 millones ptas.

### **3- FRANCIA**

\* Tetraplejía:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 65 millones ptas.

\* Lesión cerebral severa:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 39 millones ptas.

### **4- GRECIA**

\* Tetraplejía:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 45 millones ptas.

\* Lesión cerebral severa:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 15 millones ptas.

### **5- IRLANDA**

\* Tetraplejía:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 58 millones ptas.

\* Lesión cerebral severa:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 78 millones ptas.

### **6- ITALIA**

\* Tetraplejía:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 20 millones ptas.

\* Lesión cerebral severa:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 18 millones ptas.

## **7- LUXEMBURGO**

\* Tetraplejia:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 68 millones ptas.

\* Lesión cerebral severa:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 68 millones ptas.

## **8- PORTUGAL**

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 48 millones ptas.

\* Lesión cerebral severa:

**Gastos Médicos Futuros y cuidados de enfermería:** 48 millones ptas.

La **inexistencia de dichas partidas en la legislación actual española** sobre indemnizaciones por accidente de tráfico supone una sobrecarga económica brutal para el sistema público de salud y para las compañías de asistencia sanitaria privadas que es sobre las que repercute el gasto socio-sanitario que requieren los lesionados tras la indemnización por las aseguradoras.

El calado de esta "laguna" indemnizatoria es muy importante y su repercusión para las arcas de la Sanidad Pública tremenda.

La Sanidad Pública lleva dedicando una enorme cantidad de sus recursos, es decir de nuestro dinero, para asistir y tratar patologías por daño continuado o sobrevenido que deben ser objeto de cobertura por parte de las compañías de seguros tras los accidentes.

El tema es muy sencillo y fácil de entender. Los que nos dedicamos a esto tenemos la experiencia de haber visto cómo un porcentaje mayoritario de secuelas de los lesionados en accidentes de tráfico tienen un carácter evolutivo.

Este concepto se aplica en medicina a unas patologías que son susceptibles de agravarse en el tiempo, o que requieren de multitud de recursos sanitarios para su estabilidad, para incrementar o facilitar las posibilidades de reinserción laboral del lesionado, para el mantenimiento de niveles mínimos de calidad de vida para las víctimas. Es lo que en los países de la CEE se denominaba, ya en

el año 1992, "gastos emergente o necesidades médicas futuras", constituyendo la mayor partida indemnizatoria en los grandes lesionados.

Pues bien, nada se dice en el "baremo" de este apartado. De tal manera que cuando una aseguradora indemniza al lesionado en España, todos los recursos socio-sanitarios, médicos, farmacológicos, quirúrgicos, rehabilitadores, protésicos, etc, etc, etc, que este lesionado consume después a lo largo de su vida son a cargo del Sistema Público de Salud o de las Mutualidades Médicas Privadas.

Para mejor comprensión de la magnitud del gasto que esta "pequeña laguna legal del baremo" supone para la sanidad pública voy a poner dos ejemplos:

1- Los accidentes de vehículos de motor son usualmente la causa principal de **lesiones del cordón espinal**. Por una variedad de razones, (conductas de riesgo), las lesiones del cordón espinal afectan desmesuradamente a hombres jóvenes (80%). Debido a los avances en la medicina y la rehabilitación disponibles en naciones industrializadas, las personas con lesiones del cordón espinal frecuentemente alcanzan niveles de vida normales.

En España se producen en torno a **1000 lesionados medulares/año**. Existen estudios publicados que demuestran que la media de gastos médicos generados por cada lesionado medular a lo largo de su vida es de DOS MILLONES DE DÓLARES. Por tanto si desde el año 1995 se han producido 17.000 lesionados medulares en España, estas víctimas van a costar al sistema público de salud unos **34.000 millones de dólares a lo largo de su vida**.

2- El Instituto Guttmann-Hospital de Neurorrehabilitación cifra en torno a los 200 nuevos casos de TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) por cada 100.000 habitantes y año. El Instituto (con apoyo en Lyle et al.), sitúa la incidencia de casos con secuelas severas o moderadas en los siguientes términos:

- La incidencia de TCE con resultado de discapacidad severa es de 2/100.000 habitantes/año (en España unos 820 nuevos casos al año).
- La incidencia de TCE con resultado de discapacidad moderada es de 4/100.000 habitantes/año (en España unos 1.640 nuevos casos al año).

TCE con secuelas de grado de discapacidad moderada:

- \* 2000 nuevos casos /año
- \* Casos desde Ley 3095:  $2000 \times 17 \text{ años} = 34.000$
- \* Media Gasto sanitario anual/caso para Sistema Público: 20.000 euros
- \* PREVISIÓN GASTO SANITARIO SISTEMA PUBLICO TCE moderado: 68 millones euros.

2- TCE con secuelas de grado de discapacidad severa:

- \* 820 nuevos casos al año.
- \* Casos nuevos desde Ley 30/95:  $820 \times 17 \text{ años} = 13.940$
- \* Media gasto sanitario anual/caso para Sistema Público: 100.000 euros
- \* GASTO SANITARIO TOTAL SISTEMA PÚBLICO TCE severo: 1.394 millones euros

Este otro tipo de víctimas van a costar al Estado en torno a los 1500 millones de euros cuando en realidad ese gasto debió y debería ser en el futuro asumido por las compañías de seguros.

El mismo supuesto cabe aplicar a la problemática existente con las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo: Una vez que comienzan a sufragar una pensión de invalidez al trabajador accidentado, automáticamente cortan el grifo de toda asistencia sanitaria al mismo y esta asistencia pasa a ser sufragada por la Sanidad Pública.

Lo que este "particular funcionamiento" en el ámbito de los seguros de RC representa para las arcas del Estado es de una enorme toxicidad económica. El resultado a día de hoy, tras 17 años de baremo, es evidente: La quiebra paulatina de la sanidad pública y el progresivo enriquecimiento del poder financiero.

La lista de casos y ejemplos prácticos de gasto asumido por el Estado tras una indemnización por accidente es interminable:

- Traumatizados de cráneo con daño cerebral sobrevenido
- Todo tipo de cirugías protésicas
- Cirugías plásticas y reconstructivas
- Cirugías maxilofaciales
- Cirugías Ortopédicas de corrección de secuelas
- Implantes de titanio para fijaciones en columna
- Tratamientos en Unidades del Dolor Hospitalarias
- Tratamientos o ingresos psiquiátricos
- Implantes y órtesis de todo tipo
- Rehabilitación cognitiva
- Talleres ocupacionales
- Hospitales de día
- etc.

Recomendamos diseñar e instaurar por parte de los poderes públicos un sistema de seguimiento y evaluación del gasto socio-sanitario que identifique de forma inmediata, pase el tiempo que pase, los casos de recursos que emplea el Estado en tratar secuelas que deriven de antiguos accidentados de tráfico o de trabajo.

Así mismo instamos a los poderes públicos a organizar una oficina de recobros de gasto socio-sanitario, con retroactividad de cinco años, gasto que se puede calcular perfectamente, que fue asumido por el Estado y que está en el deber de las Compañías de Seguros.

No somos economistas pero creemos que extrapolando la situación aquí explicada, a todo el territorio español, estamos hablando de un ahorro que puede rondar los treinta-cuarenta mil millones de euros, los suficientes para

sanear el déficit de la sanidad pública en una única legislatura...y otras muchas cosas más.

Si resulta que en 2011 las comunidades autónomas destinaron algo más de 57.408 millones de euros a los presupuestos sanitarios; que el Ministerio de Sanidad se reúne este miércoles con los consejeros de las 17 comunidades autónomas para ver cómo se pueden ahorrar 7.000 millones de euros y que los otros 3.000 millones, hasta llegar a los 10.000 millones extra de ajuste anunciados por el Gobierno tras la Semana Santa, se recortarán de educación...¿A qué esperamos entonces?.

El procedimiento es muy sencillo para el Gobierno Central:

- 1- Estimación de la deuda de las aseguradoras en los últimos 5 años
- 2- Elaboración de facturas por gasto socio-sanitario acumulado
- 3- Facturación inmediata a las compañías de dicho gasto socio-sanitario

Repetimos que la magnitud de este problema en España es extraordinaria. Aunque las defunciones por accidente de tráfico se han reducido a la mitad en los últimos cinco años, el politraumatismo es, en la actualidad, la principal causa de mortalidad en España en personas menores de 40 años como consecuencia de accidentes de tráfico y laborales.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000, murieron 5 millones de personas debido a lesiones traumáticas, lo que supone una tasa de mortalidad de 83,7 por cien mil habitantes. El mismo año las lesiones representaron el 9% de la mortalidad mundial y 12% de la carga de enfermedades. Los accidentes de tráfico constituyen uno de los principales problemas en los países desarrollados. En España mueren cada año en torno a las 4.000 personas en accidentes de tráfico, y aproximadamente otras 20.000 más sufren heridas de gravedad.

Para hacernos una idea y volviendo a los ejemplos anteriormente citados, como el de los lesionados medulares, los traumatizados craneales o los politraumatizados, y en un contexto ya más cualitativo, la jerarquía de recursos que precisan este tipo de pacientes, en su mayoría dependientes en diferentes grados, podemos dividirla en tres grandes grupos:

- **En el ámbito domiciliario**
- **Hospital de día**
- **Centros de internamiento**

\* **Los programas de atención domiciliaria** son una opción asistencial que puede proporcionar a los pacientes dependientes una mejor calidad de vida: Menores complicaciones graves, disminución de la institucionalización, menor número de reingresos, mejora de la información y de la relación entre el paciente y los profesionales de la salud. En muchos foros se está proponiendo la creación de la figura de la enfermera gestora de casos o enfermera comunitaria de enlace de atención domiciliaria cuya misión es la de velar para que el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizando los recursos necesarios, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios y coordinando sus actuaciones con los mejores resultados. En el concepto **Gastos Médicos y Cuidados de Enfermería**, se incluirán:

- La valoración del estado nutricional, control de esfínteres, piel y mucosas, trastornos del sueño, síntomas físicos y actividades de la vida diaria.
- El plan de cuidados incluirá los problemas identificados y las intervenciones que se realizarán. Se tratarán las disfunciones en alguno de los patrones funcionales de salud de las personas: Percepción/control de la salud, nutrición/metabólico, eliminación, actividad/ejercicio, sueño/descanso, cognitivo/perceptivo, autopercepción / autoconcepto, rol/relaciones, sexualidad/reproducción, afrontamiento/tolerancia al estrés, valores/creencias.
- Las intervenciones se concretarán en: técnicas de enfermería, atención y apoyo a la familia y el cuidador, educación sobre los riesgos en el hogar, fisioterapia preventiva y rehabilitadora, entrenamiento de las actividades de la vida diaria, atención y apoyo a los problemas de deterioro cognitivo y del comportamiento,
- Asimismo se llevará a cabo la coordinación con otros niveles asistenciales y los servicios sociales: servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, etc. Y la valoración conjunta de necesidad de ayudas técnicas, material sanitario y prestaciones sociales.

- Formación y apoyo a la familia y a los cuidadores: formación sobre cuidados personales de salud: nutrición, cuidados corporales, uso racional de medicamentos, prevención de accidentes y ejercicio físico. Formación sobre cuidados higiénico-sanitarios del entorno doméstico. Apoyo al cuidador, incluyendo la coordinación con centros de día y programas de estancias temporales o de vacaciones para personas con dependencia.

**\* Atención sanitaria en Hospital de día:**

Los Centros diurnos han demostrado su capacidad para evitar la institucionalización. Hay que subrayar la distinción entre Hospital de Día, que tiene un componente de recuperación funcional, valoración más exhaustiva y control clínico (médico y de enfermería) del Centro de Día, que tiene como función principal el mantenimiento de la situación funcional y de una cierta descarga de los cuidadores y que sería un recurso dependiente más de los servicios sociales que de los sanitarios.

Tras la valoración clínica y funcional y la elaboración de un plan de cuidados que integrará la atención médica, los cuidados de enfermería y la coordinación con los cuidados sociales, en este ámbito serán de importancia los programas de:

- Fisioterapia y terapia ocupacional activa y de mantenimiento
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD y AIVD).
- Atención y apoyo a problemas de deterioro cognitivo y del comportamiento.
- Valoración de riesgos y seguridad de los pacientes.

**\* Atención sanitaria a pacientes en régimen de internamiento.  
Hospitales de media y larga estancia**

Que se realizará en hospitales o unidades de media estancia o de convalecencia (que tienen por objetivo la recuperación funcional de los pacientes con incapacidad o deterioro reversible, cuidados dirigidos a la adaptación a la incapacidad, cuidado de úlceras y heridas, aprendizaje de los familiares en el cuidado, etc.) y hospitales de larga estancia (destinada a la atención continuada

de personas con secuelas crónicas y diferentes niveles de dependencia que no pueden ser atendidos en el domicilio.

Este tipo de atención incluirá:

- Valoración clínica y funcional y plan de cuidados.
- Realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que precise el paciente durante su estancia en el centro sanitario así como la atención médica a la convalecencia y recuperación.
- Derivación a otros ámbitos de atención sanitaria (hospital general, atención especializada ambulatoria, atención primaria, etc.) cuando sea preciso.
- Programación de cuidados basada en los problemas de salud del paciente.
- Control periódico de síntomas.
- Intervenciones técnicas de enfermería.
- Rehabilitación funcional
- Fisioterapia y terapia ocupacional.
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD y AIVD).
- Rehabilitación mental. Apoyo a los problemas cognitivos y del comportamiento.
- Servicios de readaptación al entorno familiar y comunitario (apoyo a las familias, grupos de autoayuda).
- **Otros servicios:**
  - Podología.
  - Apoyo psicológico.
  - Medicación, curas, gases medicinales, material fungible y productos sanitarios

que sean precisos.

- Alimentación, según la dieta prescrita.
- Nutrición parenteral y enteral.
- Servicios hoteleros básicos directamente relacionados con la propia hospitalización.
- La gestión de medicamentos y protocolización de la dispensación de medicamentos.
- La derivación para atención sanitaria a Atención Primaria o Especializada por parte del centro residencial cuando se precise.

En este contexto, el sector social de la discapacidad articulado en torno al **Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)** viene denunciado desde hace años la **desprotección social, jurídica y económica que sufren las víctimas de accidentes de circulación vial** que adquieren una discapacidad a consecuencia de este tipo de siniestralidad.

Este desamparo se extiende también a la familia de la víctima, que recibe el impacto del accidente y de sus consecuencias de toda índole (emocionales, personales, sociales, económicas, asistenciales, etc.). Los accidentes de tráfico son una de las primeras causas generadoras de discapacidad sobrevenida en España; cada año, miles de personas adquieren una discapacidad (lesión medular, daño cerebral sobrevenido, amputaciones de miembros, pérdida o grave deterioro de sentidos como el de la vista o el oído, etc.) que tiene su origen en un accidente de tráfico.

A partir de fuentes estadísticas oficiales recientes (Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia – EDAD 2008), existen datos específicos sobre discapacidad sobrevenida a consecuencia de accidentes de circulación:

- Casi 80.000 personas (78.700) declaran haber adquirido su discapacidad por motivo de un accidente de tráfico. De estas, 42.500 (54%) son varones y 36.200 mujeres (45,9%).

- Por edades, entre 6 y 44 años hay 30.400 personas (38,6%), y entre 45 y 64 años, 29.900 (37,9%). Es decir, más del 75% tienen menos de 65 años.

- Por grandes tipos de discapacidad originadas por el accidente, estarían:

- Deficiencias osteoarticulares: 53.500 (67,98%).
- Deficiencias del sistema nervioso: 14.100 (17,92%).
- Deficiencias mentales: 7.000 (8,89%)
- Deficiencias visuales: 6.900 (8,77%).
- Deficiencias del oído: 5.400 (6,86%)

Estos datos, en cuya investigación y ampliación se podría trabajar mucho más, indican la importancia de la accidentalidad vial como causa generadora de discapacidad sobrevenida en población menor de 65 años en España.

Ante esta realidad, el **grado de protección de las víctimas y de sus familias es, en nuestro país, muy débil**, caracterizándose por la fragmentación, la dispersión y la descoordinación de dispositivos de apoyo y ayuda a estas personas, que se enfrentan en solitario muchas veces a su proceso de reinserción social tras el accidente.

Pues bien todo este gasto socio-sanitario generado por las víctimas una vez indemnizadas se asume por el Sistema Nacional de Salud, y nos consta que ese SNS no reclama a las aseguradoras la deuda acumulada por un gasto que debió ser asumido por ellas.

Una solución más que sencilla y por otra parte posible sería la creación de la **"tarjeta o carnet de víctima de accidente de tráfico"**. Con este "salvoconducto sanitario" toda víctima de un accidente de tráfico podría solicitar asistencia socio-sanitaria en cualquier centro público o privado siempre que esta asistencia estuviera relacionada con necesidades terapéuticas para las secuelas del accidente que padecieron en su día. Posteriormente el centro asistencial factura a la aseguradora responsable del accidente y asunto terminado.

Las compañías de seguros del ramo de vehículos deben ser obligadas por ley a suscribir conciertos con centros de salud públicos o privados, a fin de adelantar y/o garantizar en la medida de lo posible la máxima habilitación y rehabilitación física, psicológica y psicosocial para cada víctima discapacitada una vez ha sido indemnizada.

**8.- octava razón: LUCRO CESANTE A PRECIO DE SALDO**

El factor corrector por lucro cesante (invalidez laboral permanente) se evalúa de forma arbitraria en base a unas "horquillas" que no tienen fundamento. Ese sistema de horquillas lo podríamos admitir para víctimas con trabajo en precario o en situación de demandantes de empleo, pero en absoluto pueden ser el punto de partida para la valoración del lucro cesante en otros casos.

En una víctima con un trabajo o profesión fija (Trabajador autónomo o cualificado, empresario, funcionario o profesional liberal) el cálculo del lucro cesante vendrá dado en función de sus ingresos anuales acreditados (lo que deja de ganar) multiplicado por el número de años desde la estabilización lesional hasta su jubilación. Esa es la forma más ajustada a derecho y la que recientemente ha señalado el Pleno de la sala del TS en una sentencia.

---

**28/julio/2012**

Ana Cristina MAZARIEGOS ARAGÓN, Abogado  
Pedro MUR LLORENTE, Médico  
Rafael Pablo SANZ GONZALEZ, Abogado  
Rafael SARANDESES y FDEZ. DE SANTA EULALIA, Médico

**ANEXO.-****Razones de índole Jurídica y Política**

Por último no queremos dejar de hacer unas consideraciones a lo expuesto en el preámbulo de la Ley 34/03 que dicen lo siguiente:

*"La actividad aseguradora privada ha venido experimentando una intensa transformación reflejada en las disposiciones legales y reglamentarias aprobadas en los últimos años, que han tenido por objeto incorporar el derecho comunitario de seguros, modernizar el sector en línea de convergencia con los demás Estados miembros del Espacio Económico Europeo y, como última justificación, fomentar el desarrollo y la expansión del mercado de los seguros privados. Esta ley tiene por finalidad continuar con ese proceso de cambio legislativo impulsado en esta, como en ocasiones anteriores, por la normativa comunitaria".*

Creemos que esta **"intensa transformación reflejada en las disposiciones legales y reglamentarias aprobadas en los últimos años"**, de la que se habla en el preámbulo de la ley, debe ser la dirigida hacia el **beneficio e intereses de las aseguradoras en detrimento del derecho de las víctimas** a obtener una reparación "íntegra" del daño .perjuicio de las víctimas, porque dada la situación que se ha venido creando con la popularización primero e inclusión como norma después de la tabla VI, en estos diecisiete años, que sin duda valoramos como diecisiete años de agonía de los derechos de las víctimas.

En cuanto a la frase de **"tiene por finalidad continuar con ese proceso de cambio legislativo impulsado en esta, como en ocasiones anteriores, por la normativa comunitaria"**, decir que la normativa comunitaria ya tiene, desde antes del nacimiento de esta tabla VI, la forma, manera y metodología de valoración de daños a las personas en el ámbito de los accidentes de circulación. Esta norma es la Resolución 75/7 del Consejo de Europa que, por cierto está en las antípodas metodológicas del sistema de la tabla VI. Esta Resolución, no vinculante, establece un sistema de reparación íntegra del daño bajo criterios y evaluaciones eminentemente descriptivas para los diversos tipos

de perjuicio. Es preciso hacer que esta Resolución tenga carácter vinculante para los estados miembros de la UE.

En cuanto a la frase: **“como última justificación, fomentar el desarrollo y la expansión del mercado de los seguros privados”** nada que decir sino confirmar que la “legislación en la sombra llevada” llevada a cabo por las aseguradoras desde el año 1991, efectivamente, ha contribuido a fomentar el desarrollo y la expansión del mercado de los seguros privados, y más exactamente a incrementar sus ganancias cada año a costa de reducir los valores de las indemnizaciones a las víctimas en cada reforma de la ley.

M. Rodriguez Jouvencel afirma:

“los comentarios fruto de la experiencia del día a día de algunos profesionales defensores de las víctimas se suceden. Son sumamente alarmantes y devastadores”;

“la presión ejercida por las compañías aseguradoras sobre los centros médicos concertados y los facultativos que trabajan en los mismos, imponen progresivamente un ejercicio profesional sanitario mediatizado. Limitado por el aspecto mercantil, produciéndose situaciones en las que se está sustituyendo la "tradicionalmente alegada" picaresca del lesionado en accidente de tráfico, por una nueva picaresca esta vez protagonizada por los propios centros sanitarios”;

“cada vez con mayor frecuencia, están apareciendo casos en los que, ante una mínima incomparecencia o retraso -aún justificable plenamente- del paciente a alguna consulta o revisión, se procede de forma automática por el centro hospitalario a darle una curiosa "alta por incomparecencia" o desistimiento, creando una pintoresca figura que se podría denominar como "alta administrativa". Y es curioso cuando dicen **“te tengo que dar el alta”**. A esto se pueden añadir las nada infrecuentes altas a los 45 días “tras una exploración” más que deficiente”;

“todo esto viene propiciado por los famosos "módulos" fijados para determinado tipo de lesiones en los convenios entre aseguradoras y centros médicos. Cuando al poco tiempo de iniciarse el tratamiento, se produce esa curiosa alta administrativa en base a variopintas causas desencadenantes, el Centro médico ya ha cobrado de la compañía aseguradora la totalidad del módulo previsto para ese tipo de lesión, por ejemplo, un esguince cervical del grado que fuere, etc;

"resulta prácticamente imposible para la víctima solucionar la cuestión, para revitalizar el tratamiento médico en el centro, en donde le argumentarán que ya tienen cerrado el expediente y que para ellos ya ha habido un alta médica. Y en donde -y no es cuestión baladí- ya han cobrado íntegramente el importe de ese tratamiento, así hubiese durado el mismo dos que veinte actos médicos. Por parte de la aseguradora se le responderá en el mismo sentido, alegando que ellos ya han pagado íntegramente lo estipulado. Ante tal situación, no queda más remedio que acudir al tratamiento médico necesario de forma particular....."

**La cortedad y deficiencias del Baremo son generadores de importantes desigualdades sociales. Las familias pudientes, están en condiciones de atender dignamente y ofrecer posibilidades de recuperación a su hijo con graves lesiones cerebrales, en tanto que para las que no lo son se trata de objetivo o bien inalcanzable, origen de frustraciones permanentes que desestructuran la vida familiar y laboral, el futuro de la víctima, o bien que sobrecargan con un coste ilegal e inasumible al sistema público de salud.**

**Los profesionales independientes de la medicina legal no podemos consentir que las aseguradoras...con la complicidad de la dirección general de seguros, vuelva a colocar...esta vez para toda Europa...un baremo que da una vuelta de tuerca aun más feroz a los derechos de las víctimas.**

**Es por que a través de una plataforma o asociación de ámbito estatal vamos a arbitrar las medidas tendentes para dar a conocer a la opinión pública y profesionales del derecho esta segunda conspiración del poder financiero.**

---

**28/julio/2012**

Ana Cristina MAZARIEGOS ARAGÓN, Abogado  
 Pedro MUR LLORENTE, Médico  
 Rafael Pablo SANZ GONZALEZ, Abogado  
 Rafael SARANDESES y FDEZ. DE SANTA EULALIA, Médico

**[www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com)**