



IX JORNADAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y SEGUROS

Modificaciones legales de las secuelas del baremo de la ley del automóvil

Ponentes: **D. José Manuel ARREDONDO DÍAZ**

Médico Forense. Especialista en Valoración del Daño Corporal de la Clínica Médico Forense de Zaragoza. Miembro del Comité Médico de UNESPA, participante en la modificación del baremo.

Comentarios a las Modificaciones Legales de la Tabla VI de la Ley 34/2003

CRITERIOS GENERALES Y MODIFICACIONES MÁS SIGNIFICATIVAS

CAPÍTULO 1: CABEZA

CAPÍTULO 2: TRONCO

CAPITULO 3: APARATO CARDIOVASCULAR

CAPITULO 4: EXTREMIDADES SUPERIOR Y CINTURA ESCAPULAR

CAPITULO 5: EXTREMIDAD INFERIOR Y CADERA

CAPÍTULO 6: MÉDULA ESPINAL Y PARES CRANEALES

CAPITULO 7: SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO

CAPITULO 8: TRASTORNOS ENDOCRINOS

CAPÍTULO ESPECIAL. PERJUICIO ESTÉTICO

Comentarios a las Modificaciones Legales de la Tabla VI de la Ley 34/2003

El fundamento de la creación de las tablas o baremos médicos de valoración de lesiones permanentes es la necesidad de cuantificar las secuelas resultantes de una situación traumática (lesiva) como medio previo de ponderarlas para posteriormente asignarles un valor económico que sea básicamente igual para todos^{1,2}, aunque atendiendo a las circunstancias personales de cada uno.

Partiendo de este principio general han surgido a lo largo del tiempo múltiples baremos que han tratado y tratan de realizar la valoración de las secuelas, sin embargo, la evolución de los conceptos médicos así como los tratamientos actuales han determinado y determinan que estos baremos se deban ir modificando progresivamente para que sean lo mas acordes posible a los criterios científicos y de valoración más actuales. No obstante, no debemos olvidar que un baremo siempre es un instrumento incompleto por muy minucioso y previsor que sea ya que no siempre podrá recoger para cuantificar todos los estados mórbidos o incapacidades que un ser humano pueda sufrir.

Si bien inicialmente existió en el ámbito jurídico una gran reticencia a la utilización de un baremo para la valoración de las secuelas de un accidente de tráfico, la realidad es que progresivamente se ha ido aceptando este hecho, hasta el extremo de que hoy en día en procedimientos penales no relacionados con los vehículos a motor se está proponiendo la valoración de las secuelas conforme a criterios indemnizatorios similares a los utilizados en los accidentes de tráfico³.

El baremo médico utilizado para evaluar las secuelas resultantes de un accidente de tráfico ya sea en su versión de la O.M. de 05/03/91 (Clasificación y Valoración de las Secuelas) ya sea en la versión de la Ley 30/95 (Tabla VI Clasificación y Valoración de Secuelas) ha ido generando críticas diversas que exigían subsanarse con vistas a establecer una valoración más justa y adecuada a las circunstancias médicas actuales. Estas críticas o comentarios se han ido plasmando en un gran número de publicaciones, seminarios, cursos, congresos e incluso en sentencias judiciales, lo que en definitiva ha ido orientando hacia la necesidad de modificar el baremo para adaptarlo a los nuevos crite-

1 El baremo trata de proporcionar certeza e igualdad en la fijación de las indemnizaciones.

2 Difícilmente un baremo "per se" puede ponderar "todas" las circunstancias personales de un lesionado, por ese motivo es necesario que además de un baremo existan una serie de "factores correctores" en función de las diversas circunstancias personales de cada individuo (edad, sexo, profesión etc.).

3 En otras palabras, se generaliza la utilización de los baremos para establecer las indemnizaciones.

rios médicos, aplicar la experiencia acumulada en este tiempo de utilización y enmendar algunas deficiencias o errores existentes.

De forma esquemática las críticas más extendidas al baremo de la Ley 30/95 eran las siguientes:

En primer lugar posiblemente la mayor crítica ha sido la inexistencia de “*unas normas de juego*” para poder aplicar el baremo, cuestión esta que por otro lado parece totalmente evidente y necesaria si partimos de la base de que lo que se pretende es establecer una valoración objetiva de las secuelas igual para todo. La necesidad de unas normas por tanto no se debe tomar como algo novedoso, ya que de hecho, quienes elaboraron en su momento el baremo establecieron para el mismo unas normas de aplicación, que sin embargo no sabemos cual fue la causa nunca se publicaron, aunque de una forma tácita se han venido aplicando por la mayoría de los Peritos. No obstante, aunque la aplicación de dichas normas ha sido mayoritaria su inexistencia en el texto del baremo ha permitido una total impunidad para aquellos que por desconocimiento o por otros intereses no ajustados a derecho, han utilizado el baremo de forma bastarda para incrementar o disminuir las indemnizaciones en función de sus intereses particulares⁴.

Las normas que se recoge en la nueva tabla VI han sido de lo más debatidas y en general consensuadas, salvo si hacemos la excepción del párrafo relativo a las secuelas temporales, redacción por otro lado no propuesta por el Comité Médico si no añadida en el trámite parlamentario de la Ley⁵. Consideramos que el párrafo citado, si bien, desde un planteamiento teórico-jurídico es bueno, desde el punto de vista práctico es difícil de llevar a cabo por cuanto que la mayoría de las secuelas temporales son de índole dolorosa y ya sabemos lo difícil que es medir el dolor al no existir parámetros objetivos y tener el mismo un gran componente subjetivo de apreciación personal⁶.

4 Así por ejemplo valorando de forma independiente cada arco de movilidad de una articulación se podía llegar a obtener una mayor puntuación que la que correspondía a la pérdida total de movilidad de la misma (anquilosis).

5 Además de esta norma en el trámite parlamentario de la ley se incluyeron algunas secuelas y se modificaron las puntuaciones de otras.

6 Desde el punto de vista práctico consideramos que este párrafo tendrá poca aplicación y en su lugar se continuará como se ha hecho hasta ahora, si la secuela temporal era de muy corto plazo no se tomaba en consideración y si su desaparición no era fácilmente valorable o era dudosa aunque se presumía que iba a desaparecer se la consideraba como secuela definitiva en el rango menor.

En segundo lugar era evidente que en el baremo existía una cierta falta de jerarquización y ordenación de los distintos apartados de tal forma que incluso había repeticiones de patologías con una diferente valoración^{7,8}.

En tercer lugar coexistían lesiones que no tenían la condición de secuela (definitiva, irreversible y agotados los tratamientos)⁹.

En cuarto lugar aparecían conceptos en total desacuerdo con la ciencia médica bien por su propia definición, bien por su origen¹⁰. En quinto lugar existían algunos errores de transcripción¹¹.

En sexto lugar no se recogían algunas secuelas susceptibles de ocurrir tras un accidente de tráfico¹² y sin embargo se recogían otras totalmente inusuales o no secundarias a un traumatismo¹³.

En sexto lugar los criterios de valoración de algunas secuelas para establecer la puntuación ponderada al caso concreto se hacía mediante criterios totalmente desfasados en la actualidad¹⁴.

-
- 7 En el capítulo I y en el apartado Síndromes Deficitarios se recogía: “puesta de manifiesto de una diabetes mellitus latente” y se establecía un arco de puntuación entre (10-15). Esta misma patología se recogía en el capítulo VIII Trastornos Endocrinos donde a la misma secuela (*diabetes mellitus*) se le otorgaba un arco de puntuación distinto (1-20).
 - 8 Otro ejemplo posiblemente más significativo de esta jerarquización y ordenación son las modificaciones realizadas en el capítulo I donde se hacen desaparecer descripciones como: “desorientación temporo-espacial, síndrome de Moria, excitabilidad agresividad continuada, excitabilidad agresividad esporádica, alteración de la personalidad” y se agrupan bajo el término de “trastorno orgánico de la personalidad” que se gradúa en cuatro categorías (leve, moderado, grave y muy grave) más acorde con los criterios actuales de valoración.
 - 9 P. ej. La Pseudoartrosis de escafoides para la que existen varias técnicas quirúrgicas diferentes con las que la única secuela que persiste es una discreta limitación en la flexo-extensión de la muñeca y una pequeña cicatriz en el borde radial.
 - 10 En el capítulo II apartado Parénquima Pulmonar se recogía: “hernia irreductible del pulmón” patología que no aparece en ningún tratado médico, por lo que se ha eliminado. Lo mismo se ha hecho con la dislalia patología cuyo origen en ningún caso es traumático.
 - 11 P. ej. en el capítulo 2 apartado Columna Vertebral se recogía como secuela la cervicalgia con y sin “irritación” braquial, cuando debería decir “irradiación”.
 - 12 P. ej. las lesiones o pérdida del páncreas no quedaba reflejada.
 - 13 Como podría ser el caso de un infarto de miocardio post-traumático ya que conceptualmente el origen de un infarto de miocardio no es traumático.
 - 14 Este sería el caso de la valoración de la insuficiencia cardiaca que pasa de ser una valoración descriptiva (leve –el lesionado deberá reducir sus actividades, pero lleva vida normal-) por una más objetiva basada en criterios clínico-exploratorios (Grado 1 -disnea de grandes esfuerzos fracción de eyección 50%-60%).

En séptimo lugar algunas secuelas presentaban una falta de jerarquización y coherencia de puntuaciones con relación a otras^{15,16}.

Partiendo de estas críticas que justificaban la necesidad de mejorar el baremo existente -que no crear uno nuevo-, y aceptando el principio general de que éste o cualquier otro siempre sería un instrumento incompleto por muy minucioso y previsor que se fuera en la elaboración y diseño¹⁷, se decidió acometer la reforma de la tabla VI. Para realizar esta tarea se crea en UNESPA, un comité médico^{18,19} cuya primera reunión se celebra en julio del 96, asumiendo como objetivo principal la revisión del Baremo Médico incluido en la mencionada Ley entendiéndose como tal, la posible redefinición, modificación, supresión, inclusión y/o nueva valoración de algunas secuelas.

Como cuestión preliminar para afrontar esta tarea, además de contar con la experiencia personal de los miembros del Comité Médico, de recopilar toda la literatura existente al respecto y los comentarios que se habían generado sobre el baremo y de contar con el asesoramiento de especialistas de las diversas disciplinas médicas, se procedió a realizar una encuesta que se distribuyó entre profesionales de la valoración del daño corporal para que aportaran su experiencia personal en la adecuación del baremo a criterios científicos actuales. Esta constaba de tres apartados dedicados a la “inclusión”, “modificación” y “exclusión” de secuelas de la Tabla VI en el que en cada uno de ellos además se solicitaba la justificación de la propuesta y la puntuación que se establecía²⁰.

15 De esta forma nos encontramos con situaciones absurdas como la de igualar en puntuación un acortamiento de 10 cm. de un miembro inferior a la amputación a nivel de la articulación tibio-tarsiana de dicho miembro (30-40).

16 P. ej. la pérdida del esfínter anal se puntuaba entre (45-80), y la *paraplejia D4-L1* se puntuaba entre (75-80) lesión que además de la pérdida del esfínter anal conlleva la pérdida del esfínter vesical, la existencia de trastornos tróficos, una disfunción sexual y la necesidad de utilizar una silla de ruedas.

17 Difícilmente, por no decir nunca, se podrán llegar a recoger todos los estados mórbidos o incapacidades que pueda sufrir una persona concreta.

18 Se le denomina Comité Médico Permanente de Estudio del Sistema para la Valoración de Daños Personales, Ley 30/95.

19 Formado por médicos en régimen de colegiación procedentes del mundo de la valoración, independientes y sin vinculación o dependencia directa de UNESPA y sin derecho a compensación económica.

20 En total el Comité Médico recibió 153 propuestas de modificación, 85 propuestas de inclusión y 65 propuestas de exclusión. Mi agradecimiento a todos los que colaboraron en la encuesta.

Con todo el material recopilado el Comité Medico comenzó la revisión de la Tabla VI estableciendo las siguientes etapas:

- Revisión de toda la información disponible.
- Establecimiento de un método de revisión de la Tabla VI así como la elaboración de unos criterios generales de actuación²¹.
- Ordenación jerárquica de las diferentes secuelas y eliminación de todas aquellas que se consideró que no se ajustaban a criterios científicos actuales.
- Modificación de la redacción de algunas secuelas que pudieran ser confusas en su interpretación, equívocas o que presentaban un fallo en su transcripción mecanográfica.
- Elaboración de un primer borrador de modificaciones.
- A cada miembro del Comité se le encargó la revisión exhaustiva de una parcela concreta del borrador, para que en colaboración con especialistas en la materia concreta a revisar y/o expertos en valoración del daño corporal²², se pudieran hacer las modificaciones, matizaciones y consideraciones oportunas.
- Elaboración de un segundo borrador con todas las modificaciones propuestas.
- Discusión en sesiones plenarios del segundo borrador.
- Una vez consensuado el segundo borrador por los Miembros del Comité y de algunos colaboradores externos al mismo, se procedió a revisar las puntuaciones en aras a obtener una coherencia entre las mismas, de tal forma que algunas se disminuyeron en puntuación y otras por el contrario se aumentaron. En algunos casos

21 Se partió del principio fundamental *las "partes" no pueden superar al "todo"*.

22 En Aragón intervinieron en la revisión el Dr. Abel Gago González y el Dr. Jiménez Cortés, mi agradecimiento a ellos. También mi agradecimiento personal al Dr. Vila Quintana que desde Valladolid aportó buenas ideas.

concretos se hizo desaparecer el arco de puntuación por considerar que este no debía existir²³. Se ha de hacer hincapié en que los ajustes en las puntuaciones fue el trabajo final de la modificación de la tabla VI en función de la propia reordenación de las secuelas que se había hecho.

- La fase final del trabajo de la Comisión fue la redacción de las normas de aplicación de la tabla VI.

En conjunto se puede afirmar que el Comité Medico, ha realizado una revisión importante de toda la Tabla VI con criterios estrictamente médicos que si bien pueden no convencer a todos sí que se han consensuado lo más posible. No obstante se debe asumir que nunca se podrá llegar a un acuerdo absoluto y total sobre lo que debe y no debe contener la mencionada Tabla; en primer lugar por que la medicina no es una ciencia exacta y en segundo lugar por que valorar de forma objetivar unas secuelas que además del componente psicofísico tienen un componente afectivo emocional completamente subjetivo resulta a priori de difícil ejecución cuando no imposible, ¿o a caso alguien duda que el daño propio siempre es mayor que el ajeno?

Partiendo de lo anteriormente expuesto la crítica a la modificaciones del baremo deben venir desde una visión global y conjunta de su contenido en el que se tome en consideración la jerarquización que se ha hecho de las secuelas a partir de su gravedad, las posibles aportaciones de la medicina y las nuevas tecnologías para disminuir su impacto (p. ej. prótesis), y la repercusión que las mismas crean en la vida de relación de una persona. Extraer una puntuación concreta o una secuela concreta del conjunto como base de una crítica no sería más que hacer de las modificaciones propuestas una visión muy parcial del conjunto, sin embargo críticas constructivas ha de tener el Baremo por que con toda seguridad existirán cosas que no se no se han valorado adecuadamente, se han olvidado²⁴ o simplemente deben añadirse por que la medicina cambia.

23 El criterio general del comité médico fue suprimir los arcos de puntuación en todas aquellas lesiones en las que se producía una pérdida traumática total de un órgano o extremidad, sin embargo este criterio se modificó en el trámite parlamentario en algunas secuelas (así por ejemplo la pérdida de un testículo en el proyecto del baremo no se contemplaba arco de puntuación, sin embargo en el trámite parlamentario se incluyó un arco de puntuación para la amputación unilateral, no así para la bilateral).

24 En el apartado de la vista no se establece claramente si la valoración de la agudeza visual se debe hacer con o sin corrección óptica (¿con gafas o sin gafas?)

CRITERIOS GENERALES Y MODIFICACIONES MÁS SIGNIFICATIVAS:

En la nueva Tabla VI de la Ley 34/2003 se mantiene la organización de secuelas mediante ocho capítulos ordinarios y un capítulo especial dedicado al perjuicio estético, pero se altera el orden de los capítulos ordinarios al haberse realizado una nueva organización de los mismos²⁵.

Como ya hemos adelantado anteriormente esta Tabla dispone de unas reglas de carácter general que establecen el procedimiento de utilización de la misma.

- La norma -1- hace refiere a los supuestos en los que la secuela cuente con un arco de puntuación (un máximo y un mínimo), en los que la valoración ponderada al caso concreto se ha de establecer en función de su intensidad y gravedad con independencia de la edad, sexo o profesión del lesionado.
- La norma -2- regula que no se puedan valorar secuelas que estén incluidas y/o deriven de otra, aunque estén descritas de forma independiente. Esta norma se establece sin perjuicio de lo regulado en el capítulo especial del perjuicio estético²⁶.
- La norma -3- tiene como objeto evitar que se reputen como secuelas permanentes las secuelas temporales y que se valoren conforme a las reglas del apartado "a" de la tabla V²⁷.

CAPÍTULO 1: CABEZA

Con toda seguridad es el capítulo en le que se han hecho el mayor número de modificaciones²⁸ al considerar por un lado que se mezclaban signos, síntomas, entidades neu-

25 El capítulo IV de la anterior tabla pasa a ser el capítulo III en la nueva redacción.

26 Esta norma evita situaciones como valorar por un lado la cervicalgia y por otro el síndrome cervical postraumático que incluye la cervicalgia.

27 Las denominadas secuelas temporales, es decir, aquellas que están llamadas a curarse a corto o medio plazo, no tiene la consideración de lesión permanente, pero se han de valorar de acuerdo con las reglas del apartado a) de la tabla V, computando en su caso, su efecto impeditivo o no y con base en el cálculo razonable de su duración, después de haberse alcanzando la estabilización lesional.

28 Se reordenan y clasifican los síndromes más importantes derivados del traumatismo craneal ya que la estructura existente podía conducir a definir por un lado síndromes globales, por otras secuelas que forman parte de esos síndromes y por último, establecer como postraumáticas enfermedades cuyo origen es otro (tanto congénitas como adquiridas pero no traumáticas).

rológicas y entidades psiquiátricas y por otro que la terminología empleada no se ajusta a criterios médicos actuales. En la nueva redacción fundamentalmente se valoran las secuelas conforme a criterios de repercusión de las mismas en la vida diaria del lesionado²⁹.

En el apartado cráneo se elimina la redacción de “con latidos de la duramadre e impulsión a la tos”³⁰, además se añade una secuela denominada: “*pérdida de sustancia ósea que no requiere craneoplastia*”.

Así mismo se elimina la secuela “*cicatrices dolorosas o neuralgias*” que en la Tabla actual se ha de valorar por un lado en el capítulo “*pares craneales*” (neuralgias y alteraciones sensitivas) y por otro, la cicatriz que en su caso se ha de valorar como perjuicio estético.

Se elimina el término “*dislalia*” por no ser de origen traumático o postraumático.

Las disartrias se incluyen en el apartado “*síndromes motores*”, la forma leve se valora entre 10-20 puntos y la forma grave, en la que exista un gran deterioro del lenguaje se ha de encuadrar en el apartado “*afasias motoras*” y valorarla en el rango inferior de la mencionada secuela. Estas por otro lado ven modificado su arco de valoración.

Las secuelas relacionadas con alteraciones de la memoria se modifican por un lado para enmendar los errores de concepto existentes³¹ y por otro para redefinir su valoración de tal forma que la amnesia retrógrada o de evocación, se incluye dentro del “*síndrome postconmocional*”³² y la anterógrada o de fijación se incluye dentro del “*deterioro de las funciones cerebrales superiores integradas*”³³.

29 “Limitación de las funciones interpersonales y sociales de la vida diaria”.

30 Se trata de una secuela que desaparece al realizar la craneoplastia.

31 Terminológicamente hablando es incorrecto definir como la amnesia retrógrada como postraumática, ya que la que es auténticamente postraumática es la de fijación –incapacidad para fijar nuevos conceptos en la memoria tras el traumatismo-.

32 En la tabla existe un error de transcripción ya que debería poner postconmocional en lugar de posconmocional.

33 En la redacción de esta secuela se establece que se debe acreditar mediante pruebas específica (Outcome Glasgow Scale); se definen 4 categorías.

En el apartado epilepsia se modifica la redacción y estructuración de esta enfermedad conforme a criterios médicos actuales³⁴, eliminado la secuela “una crisis aislada sin tratamiento”³⁵ que no tiene la consideración de epilepsia como tal.

Por otro lado se crea una nueva secuela “*Deterioro de las funciones cerebrales superiores integradas*”³⁶ y se hacen desaparecer otras secuelas³⁷ que a nuestro entender quedan integradas dentro de ésta, estableciendo a su vez una valoración más objetiva en la que prima la repercusión que estos déficits tienen sobre las actividades interpersonales y sociales de la vida diaria.

En este capítulo se incluyen las hemiparesias³⁸ y hemiplejias³⁹, que se gradúan en leve, moderada y grave utilizando como criterio de valoración la repercusión funcional en las actividades cotidianas y sociolaborales de la persona y la dominancia⁴⁰.

En este capítulo se redefinen las amnesias^{41,42}.

En los trastornos psiquiátricos se eliminan los términos “*psicosis*” y “*psicosis maniaco-depresiva*” por no tener carácter postraumático⁴³. Así mismo se definen tres

34 Se evita cuantificar la epilepsia en función del número de crisis y se utilizan como criterios los electroencefalogramas, la respuesta al tratamiento y la repercusión sobre la vida habitual.

35 Una crisis aislada tras un traumatismo craneo encefálico de moderada intensidad que no precisa tratamiento no tiene, desde el punto de vista médico la consideración de epilepsia.

36 Para la redacción de esta secuela se utiliza la escala Outcomes Glasgow Sacale, internacionalmente aceptada, que establece 4 niveles de gravedad en relación con la repercusión que ésta deficiencia provoca en las actividades de la vida diaria.

37 “*Déficit de coordinación psíquica*”, “*disminución de la atención*” *disminución de la capacidad de respuesta*”.

38 Son lesiones de origen central –del cerebro- no de la médula espinal.

39 Por error de transcripción consta en la Tabla “*hemiparexia*” siendo la grafía correcta “hemiparesia”.

40 La valoración final se establece en función de que la extremidad superior sea la de mayor destreza manipulativa o no (es decir que sea diestro o zurdo).

41 Terminológicamente es incorrecto definir la amnesia retrógrada como postraumática, ya que la que realmente es postraumática es la anterógrada –incapacidad de una persona para fijar conceptos nuevos tras un traumatismo craneal-.

42 La amnesia de evocación o retrógrada se incluye dentro del síndrome postconmocional y la de fijación o anterógrada se incluye dentro del deterioro de las funciones superiores cerebrales integradas.

43 Se trata de patologías cuyo origen no es traumático, por lo que únicamente se puede aceptar el hecho de la agravación o desestabilización de un estado anterior.

nuevas secuelas denominadas: “*trastorno orgánico de la personalidad*”⁴⁴ que viene a englobar otra serie de secuelas existentes en la anterior Tabla⁴⁵, “*trastorno neurótico por estrés postraumático*”⁴⁶ y “*otros trastornos neuróticos*”. Así mismo se crea en este capítulo un apartado denominado “*agravaciones*”⁴⁷ que viene a recoger la agravación-desestabilización de estados psíquicos previos que como consecuencia de un traumatismo pueden descompensarse-agravarse.

En el apartado cara se realiza una nueva clasificación de las secuelas y se modifica la puntuación máxima⁴⁸ otorgada a la secuela más grave. Así mismo se definen nuevas secuelas como “*alteración traumática de la oclusión dental por lesión inoperable*”⁴⁹ y como “*deterioro estructural del maxilar superior y/o inferior (sin posibilidad de reparación)*”⁵⁰. Así mismo se elimina de la Tabla la referencia a “...dificultad paso de líquidos”, por considerarse que esta situación actualmente se puede tratar.

44 Se establecen 4 niveles de gravedad con arco de puntuación comprendido entre 10 y 90 dependiendo del grado de afectación de las funciones interpersonales y sociales de la vida diaria.

45 “*Excitabilidad, agresividad, alteración de la personalidad, síndrome orgánico de la personalidad y síndrome de Moria*”

46 La clasificación internacional de enfermedades CIE-10 establece para este síndrome: “... el comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuantes, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos). Según esta definición en la mayoría de los casos no tendría la características de secuela (hay recuperación), sin embargo se deja como tal para aquellos caso que no se produzca una total recuperación.

47 El apartado hace referencia al “*demencias no traumáticas*” (incluida la demencia senil) y a “*otros trastornos mentales*”.

48 En la anterior Tabla la secuela más grave de este apartado recibía una puntuación de 65, cifra que consideramos excesiva si la comparamos con otras como la amputación de la extremidad superior (50-60), cuya pérdida es mucho más limitante que cualquier patología residual de la región facial. Utilizando este criterio general se pondera el valor de la máxima secuela de la región facial en 30 puntos.

49 Esta secuela se define con el calificativo “inoperable” para hacer hincapié en que gran número, por no decir la mayoría de las lesiones faciales sufridas tiene tratamiento quirúrgico. Por otro lado viene a englobar todas aquellas secuelas que producen afectación de la oclusión dental y de la masticación (luxación temporo-mandibular, artrosis temporo-maxilar dolorosa, consolidación viciosa de la mandíbula con alteración del engranaje dental, pseudoartrosis del maxilar superior con alteración de la masticación, luxación inveterada temporo-mandibular, pseudoartrosis mandibular inferior, pérdida de parte/todo el maxilar superior, y anquilosis de la articulación temporo-mandibular dificultad a la fonación).

50 La puntuación entre (40-75) se valora conforme a la repercusión funcional sobre la masticación que ésta pueda originar. En esta secuela se pueden englobar secuelas que en la nueva Tabla no se recogen como eran: “consolidación viciosa de la mandíbula con alteración del engranaje dental, pseudoartrosis mandibular superior e inferior inoperable, pérdida de todo o parte del maxilar superior e inferior inoperable...”

En el apartado nariz se elimina la referencia a “*rinorrea de líquido cefalorraquídeo permanente*” por ser una situación clínica inaceptable en la actualidad⁵¹, también se modifica las puntuaciones de algunas secuelas, por considerar que existe posibilidad de tratamiento quirúrgico para resolverlas⁵².

En el apartado sistema olfatorio se reestructura y se añaden nuevas secuelas⁵³.

En el apartado boca se eliminan el epígrafe “*alteraciones de la masticación*”⁵⁴ y la secuela “*pérdida del gusto (ageusia)*”⁵⁵ (pérdida del gusto completo) manteniéndose la hipogeusia. También se elimina la secuela “*pérdida de la arcada dentaria..*” por considerar que tiene su valoración de forma individualizada (se puede valorar la pérdida de cada una de las piezas dentales).

En el apartado sistema ocular se elimina la referencia “*.. pero sin posibilidad de prótesis*”⁵⁶ en la redacción de la secuelas relativas a la ablación del globo ocular, además de que se establece una puntuación única para la mencionada secuela. Así mismo se definen algunas secuelas que no existían como “*ablación de ambos globos oculares*” y “*colocación de lente intraocular*”, se eliminan⁵⁷ y/o redefinen otras⁵⁸, en algunos casos se traslada de apartado por considerar que su ubicación no es la adecuada⁵⁹.

51 Las técnicas quirúrgicas actuales evitan que se mantenga en el tiempo esta situación que supone un gran riesgo potencial de infección del sistema nervioso central que pueden llegar a ser en ocasiones mortales.

52 P. ej. “*alteración de la respiración nasal por deformidad ósea o cartilaginosa*” que tiene tratamiento quirúrgico con buenos resultados.

53 P.ej “*disosmia*” y “*anosmia con alteraciones gustativas*”.

54 Se considera que estas alteraciones se encuentran valoradas en otras secuelas de apartados anterior, valorarlas nuevamente supondría una duplicación de secuelas.

55 La integración del sentido del gusto a través de diversas estructuras hace que sea prácticamente imposible la pérdida total del gusto.

56 Se considera que lo lógico es considerar por un lado la pérdida del ojo, y por otro el perjuicio que el mismo ocasiona, que lógicamente será mayor si no existe posibilidad de colocar una prótesis.

57 Se eliminan “*enoftalmos secundario a fractura de macizo óseo*” y “*alteraciones vasculares*”, la primera con criterios similares a los de la nota 48 y ambas por considerar que lo que se debe valorar es la repercusión funcional que originan.

58 P.ej. Las hemianopsias.

59 P.ej las secuelas relacionadas con músculos (parálisis) se trasladan al apartado pares craneales.

En el apartado sistema auditivo se unifican las secuelas relativas al vértigo en dos apartados “*persistentes*” y “*esporádicos*”⁶⁰ También se eliminan algunas secuelas por considerar que tienen tratamiento quirúrgico⁶¹.

CAPÍTULO 2: TRONCO

En el apartado columna vertebral se han extraído las patologías que eran comunes a toda ella⁶² y se han colocado en el inicio del mismo, quedando en cada sub-apartado aquello que era específico de cada segmento de la columna vertebral. Así mismo se han eliminado las referencias a los valores normales de movilidad articular en la columna vertebral⁶³. Así también se eliminan términos muy inespecíficos o no acordes con criterios médicos actuales⁶⁴.

La secuela cervicalgia se integra dentro del término “*algias postraumáticas*”⁶⁵ o dentro de la secuela “*síndrome cervical postraumático*”⁶⁶. Así mismo se hace desaparecer el término “*irritación braquial*” que claramente era un defecto de transcripción –mecanográfico– y se sustituye por el de “*compromiso radicular*” que es el término médico mayoritariamente utilizado en la actualidad.

60 Integran secuelas como “*vértigos esporádicos*”, “*síndrome vestibular*”, “*vértigo laberíntico persistente*”.

61 P. ej. La rotura timpánica.

62 P. ej. La artrosis postraumática, el acuñaamiento vertebral, la colocación del material de osteosíntesis, las hernias o protrusiones discales etc. Se trata de un intento de ordenar las secuelas y mejorar la facilidad de utilización del baremo al ser estas secuelas que no se quedan limitadas a un segmento concreto de la columna si no que pueden afectar a varios.

63 La razón de esta desaparición es el hecho notorio y evidente de que no existen *valores normales* ya que desde el nacimiento a la vejez nuestra capacidad de movilidad es completamente diferente en función de la aparición de los fenómenos degenerativos que progresivamente van limitando la actividad biomecánica de una persona. De haber mantenido los valores de movilidad articular como referencia habría sido una clara desventaja para los niños (que tienen una gran movilidad articular) en relación con los ancianos que la tienen muy limitada.

64 “*Desviación, Torticulis / inflexión anterior*”. En su lugar se define la secuela: “*Alteraciones de la estática postural post-fractura*” (1-20) que además engloba los términos escoliosis dorso-lumbares, cifosis de *origen postraumático* para diferenciarlas de las de origen congénito o degenerativo pero no traumáticas.

65 La modificación del término cervicalgia por el de algias postraumáticas se basa en el hecho de que existen muchas cervicalgias que no son de origen postraumático si no que se deben a la actividad laboral de una persona, patologías degenerativas, actividad postural, etc..

66 Se define como nueva secuela que incluye (cervicalgia, mareos, vértigos y cefaleas).

En la nueva redacción del capítulo el término “rigidez” se modifica por el de “limitación de la movilidad articular”, término que hace mejor referencia a la secuela⁶⁷. Así mismo los términos “ciatalgia y lumbociatalgia” se sustituyen por el de “algias postraumáticas” para evitar su confusión⁶⁸.

En las secuelas “agravación de una artrosis previa” y “artrosis postraumática”, se amplía el rango partiendo de un menor grado, con el objeto de poder hacer una mejor valoración al caso concreto.

La secuela “espondilolistesis dolorosa según grados” no se recoge en la nueva redacción por considerar que en el caso de que esta sea postraumática⁶⁹ se valorarán conforme a los apartados: “algias postraumática”, “alteraciones de la estática y limitación de movilidad”. Además de lo anteriormente expuesto el grado IV de espondilolistesis descrito en la Ley 30/95 suponía necesariamente la existencia de una sección medular completa.

La secuela “fractura de esternón con consolidación viciosa, defecto físico” no se recoge en la nueva redacción por considerar que se trata de un defecto estético y como tal se debe valorar en el capítulo correspondiente. Así mismo en las “Fracturas de costillas con neuralgia intercostal persistente / esporádicas” se ha modificado el rango partiendo de uno menor, con el objeto de poder hacer una mejor valoración al caso concreto y ajustarse a criterios de proporcionalidad con secuelas de similares características.

En la secuela “Estrechez pélvica con imposibilidad de parto”, se ha modificado la redacción y se ha retirado la escala que se establecía en función de la edad.

El apartado parénquima pulmonar se ha redactado nuevamente y se han integrada en un solo grupo todas las secuelas a la vez que se han eliminado algunas de la anterior Tabla⁷⁰ por no ser acordes a criterios médicos actuales. En el caso de la resección

67 El término “rigidez” hace referencia a falta de movimiento.

68 Gran parte, por no decir la mayoría, de las ciatalgias y lumbociatalgias no tiene su origen en un traumatismo.

69 Muchas de ellas no son de origen postraumático.

70 “Absceso crónico con supuración”, “Hernia irreductible de pulmón”, “Neumotorax postraumático recidivante”.

total de pulmón se añade “se valorará la insuficiencia respiratoria” cuyos criterios para valorarla también se modifican⁷¹.

En el apartado laringe se elimina “estonosis con imposibilidad de esfuerzo”, ya que se considera que es una situación excepcional⁷²

Se elimina “secuelas de embolismo pulmonar postraumático” por considerar que esta es totalmente inespecífica ya que si existen secuelas de un embolismo pulmonar postraumático se deben valorar estas como tales.

En la nueva redacción se añade la secuela “Estenosis traqueal (valorar insuficiencia respiratoria)” por considerar que ésta no se contemplaba y que sin embargo es relativamente habitual en personas que permanecen periodos prolongados de tiempo entubados con respirador artificial.

El apartado abdomen y pelvis de la anterior Tabla se reorganiza de tal forma que los conceptos “Ilectomía parcial o total yeyunectomía parcial o total según magnitud” se agrupan en un único apartado por considerar que se corresponde mejor con los conceptos médicos actuales y se establece como criterio de valoración la repercusión funcional⁷³ que origina la pérdida intestinal⁷⁴ en lugar de la magnitud concepto éste mucho más relativo y de difícil valoración. Así mismo se redefine el apartado “ano” que se pasa a denominar “sigma, recto y ano” y se elimina la secuela “retención anal”⁷⁵. También el término “ano contranatura” se sustituye por el de “colostomía” más acorde con los criterios médicos actuales y se elimina la secuela “Pérdida del esfínter anal con prolapso”^{76,77}.

71 En la redacción anterior se establecía en función de la PO2 y en el actual en resultados de la espirometría (criterio de valoración actual de la función respiratoria).

72 En el caso de que se produzca se puede valorar conforme a su repercusión funcional, es decir la insuficiencia respiratoria que produce.

73 Según la repercusión nutricional, alteraciones del tránsito intestinal etc.

74 También se añade la colectomía total que no se contemplaba.

75 Esta secuela se ha retirado como tal del baremo por que en el caso de que se produzca esta debe tratarse ya que de lo contrario se produce la muerte.

76 Es una patologías que tienen tratamiento quirúrgico obligado por los riesgos que supone (hoy en día no se plantea la existencia de esta alteración sin proceder a su tratamiento). La misma explicación tendría la desaparición de la secuela “rotura traumática de vejiga”.

En el apartado “*hígado*” se ha modificado la redacción y conceptos de la insuficiencia hepática y se describe en cada grado lo que corresponde. Lo mismo se hace en la “*insuficiencia renal*”⁷⁸.

Entre las nuevas inclusiones en el apartado abdomen y pelvis hay que citar la secuela “alteraciones postraumáticas de páncreas”, órgano que en la anterior Tabla no se contemplaba.

En el apartado aparato genital femenino se sustituyen los criterios de edad y número de hijos por la valoración de una situación funcional⁷⁹.

CAPITULO 3: APARATO CARDIOVASCULAR

En este capítulo se establece una nueva redacción de los síndromes vasculares (conjunto de signos y síntomas) para evitar la posibilidad de que signos, síntomas y enfermedades puedan ser contemplados como entidades diferentes provocando duplicaciones. Así mismo se contempla la colocación de prótesis vasculares⁸⁰ y la realización de by-pass que en la anterior redacción no existía. El grado de insuficiencia cardiaca se valora en relación con la fracción de eyección y conforme a criterios internacionales⁸¹.

CAPITULO 4: EXTREMIDADES SUPERIOR Y CINTURA ESCAPULAR

En este capítulo como en el siguiente se incluye una norma adicional de valoración⁸². Así mismo se incluyen nuevas secuelas⁸³ y se eliminan otras como “*rigidez*” y “*bloqueo*” que deben considerarse como “*limitación de la movilidad*” o “*anquilosis*”.

77 Las secuelas como eventraciones, hernias, heridas peritorneales... en las que se añade el término “inoperables” es debido a que en la actualidad tienen tratamiento quirúrgico sin grave riesgo para la persona (se mantiene el criterio de secuela –definitiva, agotado el tratamiento ...). Un criterio similar se utiliza para retirar la “cistostomía” que no deja de ser un drenaje temporal de la vejiga mediante incisión quirúrgica, que una vez desaparecido el motivo que la origina se retira la misma.

78 Se valora en función del aclaramiento de creatinina y las alteraciones que pueda originar.

79 “Antes de la menopausia – después de la menopausia”.

80 Se contemplan bajo un único epígrafe.

81 Se utilizan los de la NYHA –New York Heart Asociación- que son los de mayor aceptación en el ámbito médico.

82 “La puntuación de una o varias secuelas correspondientes a una articulación, miembro o aparato o sistema (en el caso de que sean varias secuelas tras utilizar la fórmula de incapacidades concurrentes), nunca podrá superar a la que corresponda por la pérdida total, anatómica y/o funcional de esta articulación, miembro, aparato o sistema”.

83 Consolidaciones en rotación y/o angulaciones en los huesos de la extremidad superior.

En el apartado clavícula se eliminan las secuelas “callo hipertrófico”, “callo deforme con compresión nerviosa –parestias.” y “callo hipertrófico doloroso”⁸⁴.

En el apartado hombro se realizan importantes modificaciones en función de criterios médicos y de valoración más actuales^{85,86} y se reajustan sus puntuaciones en relación con la repercusión funcional⁸⁷.

La valoración de la movilidad del codo se ha modificado completamente tanto en la descripción de la movilidad articular⁸⁸ como en la valoración en puntos. Así mismo se introducen nuevas secuelas⁸⁹ y se eliminan otras⁹⁰.

En el apartado dedo-mano además de introducir nuevos tipos de amputación⁹¹ y de anquilosis/artrodesis⁹² que no se contemplaban en la Tabla y se eliminan otras que no se consideran secuela por tener tratamiento⁹³ o ser inespecíficas⁹⁴.

84 Si solo es hipertrófico –engrosado, aumentado de tamaño- se valora como perjuicio estético, si produce otro tipo de limitación, repercusión funcional o compresión nerviosa se valora esta.. Este mismo criterio se utiliza en otros apartados del capítulo y en general en toda la Tabla.

85 P. ej. se añade el término artrodesis –fijación quirúrgica de la movilidad del hombro- en el apartado “abolición total de la movilidad del hombro que no existía.

86 Se añaden secuelas como “osteoartritis séptica crónica”, “agravación de una artrosis previa” y “material de osteosíntesis” en el hombro que no existían.

87 P. ej. se disminuye la puntuación de “hombro oscilante”, por considerar que esta lesión tiene menor repercusión funcional que una anquilosis sin movimiento del omóplato que es mucho más limitante e incapacitante.

88 Se establece la posición neutra y los arcos de movilidad tanto en flexión como en extensión.

89 Amputación a nivel del codo (40-45) y Prótesis de codo (15-20).

90 P. ej. Callo óseo de olécranon, que en el caso de existir se valorará en relación con su repercusión funcional y/o del perjuicio estético que produzca. O la “pseudoartrosis de codo”, que se valorará en su caso en el apartado “pseudoartrosis de cúbito –radio y/o de húmero”. O el apartado músculo-ligamentoso-tendinoso ya que de existir atrofia muscular se debe valorar la patología que la origina.

91 Amputación unilateral del primer dedo,-unilateral y bilateral-, amputación completa del tercero, cuarto y quinto dedo y amputación de la falange distal del tercero, cuarto y quinto dedo.

92 Anquilosis / artrodesis del primer, segundo, tercero, cuarto y quinto dedo –en posición funcional y en posición no funcional-.

93 P. ej. “tendinitis crónica y artritis postraumática”, en el caso de que tras los tratamientos correspondientes persistieran se valorarán conforme a su repercusión funcional que originen..

94 “Pérdida de fuerza en mano y alteración de la mano/torpeza”, ya que en el caso de que exista dicha clínica se valorará el cuadro que las origina.

CAPITULO 5: EXTREMIDAD INFERIOR Y CADERA

Como en el capítulo anterior se incluye una nota aclaratoria para la valoración de la movilidad articular cuando existan varios arcos de movilidad articular afectados. En este capítulo se modifica el apartado acortamiento de la extremidad inferior⁹⁵, se añaden algunas secuelas⁹⁶, se eliminan otras⁹⁷ y se modifica la puntuación de otras conforme a los criterios actuales⁹⁸.

En el apartado muslo se redefinen las amputaciones tanto a nivel de redacción⁹⁹ como de puntuación¹⁰⁰, se añaden nuevas secuelas¹⁰¹ y se modifica la descripción de los arcos de movilidad articular¹⁰².

En el apartado rodilla se añaden nuevas secuelas¹⁰³, y se redefinen las secundarias a las lesiones de ligamentos; lo mismo ocurre en el apartado rotula.

En el apartado pierna las modificaciones realizadas son similares a las de apartados anteriores; cabe destacar la inclusión de la secuela “*amputación*” que no existía a dicho nivel.

El apartado “*articulación tibio-tarsiana*” se sustituye por el de “*tobillo*”, más acorde con la organización general del capítulo y se realizan modificaciones similares a las de otro apartados.

95 En la secuela acortamiento se elimina el término “*atrofia*”, que en el caso de que exista se valorará conforme a la patología que lo origina.

96 Osteoartritis séptica crónica (20-35), artrosis postraumática y agravación de una artrosis previa.

97 P. ej artritis postraumática por tener tratamiento. En el caso de que persista agotados los tratamientos, podrá valorarse en función de la repercusión funcional que origine.

98 P.ej se disminuye la puntuación de la necrosis isquémica ya que esta solo se podría valorar como tal en situaciones muy incipientes, pues cuando la lesión es muy avanzada exige tratamiento quirúrgico y colocación de una prótesis de cadera –que se valorará como tal-.

99 Se cambia “subtrocanterea” y “nivel inferior” por “diafisario” y “de la rodilla”.

100 Se ajusta el nuevo valor a 50-60 (se equipara a amputación del muslo a nivel inferior).

101 Las mismas que se introducen en otros apartados y en la extremidad superior.”*Consolidaciones en rotación*”, “*osteomielitis crónica*”, “*pseduoartrosis de fémur inoperable*”...

102 Se añade en la redacción la palabra “mueve” para definir que lo que se está valorando es el arco articular que conserva

103 P.ej “*anquilosis / artrodesis en posición no funcional*”, “*prótesis total de rodilla*”.

En el apartado pie se unifican y se redefinen las secuelas¹⁰⁴ y se modifican algunos términos por una cuestión semántica¹⁰⁵.

CAPÍTULO 6: MÉDULA ESPINAL Y PARES CRANEALES

Este capítulo sufre una importante modificación que comienza por el propio título¹⁰⁶ del mismo y se continúa con los niveles de sección medular¹⁰⁷ que se redefinen con criterios de repercusión clínico-funcional¹⁰⁸. Así mismo el apartado “nervios craneales” sufre un cambio en su denominación¹⁰⁹ y en su contenido¹¹⁰.

CAPITULO 7: SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO

En este capítulo sufre una importante modificación, en parte por que existían errores conceptuales¹¹¹, en parte por que se cambia la denominación de algunas estructuras¹¹² y en parte por la propia jerarquización de las secuelas. Así mismo algunas secuelas se excluyen de este capítulo y se trasladan al correspondiente¹¹³.

104 En la anterior Tabla se distinguía entre tarso y metatarso, así mismo se define la secuela “deformidades traumáticas del pie” que sustituye a pie plano traumático, pie cavoetc.

105 Se cambia “dedo gordo” “por primer dedo”.

106 En la tabla anterior recibía el título de “sistema nervioso central”.

107 Se incrementa el número de niveles de sección medular.

108 P. ej. en las monoparesias se da mayor valor a las de la extremidad superior que a las de la inferior por ser estas menos limitantes desde un punto de vista funcional (las extremidades superiores desarrollan muchas más habilidades funcionales que las extremidades inferiores).

109 Se modifica el término “nervios craneales” por “pares craneales”, más acorde con la literatura médica actual.

110 Se incluyen los doce pares craneales además de una serie de secuelas que en la anterior Tabla se recogían de una forma dispersa en distintos capítulos, otorgándose la puntuación en relación con su repercusión funcional (algunas de ellas además tienen un componente estético que se debe añadir a la valoración de la secuela – p. ej. la parálisis del IV par produce ptosis palpebral –caída del párpado- que además del déficit visual origina perjuicio estético.

111 Existían algunos errores tales como que la parálisis de una rama nerviosa se contemplaba con mayor puntuación que la del nervio que le daba origen. Este es el caso de la parálisis del nervio tibial posterior (30-35), rama del nervio ciático popliteo interno (15-20). Lo mismo ocurría en la peresia.

112 P. ej. en la extremidad inferior se añade una nota que hace referencia a que “*se indica en paréntesis las acepciones de uso común en español*”, en relación con la denominación internacional.

113 P.ej la “*parálisis de un miembro superior*” o la “*parálisis de ambos miembros superiores*” se trasladan al capítulo VI por ser lesiones de origen central –del sistema nervioso central- no del sistema nervioso periférico.

CAPITULO 8: TRASTORNOS ENDOCRINOS

En la revisión de este capítulo se parte del concepto de que los trastornos endocrinos en general son lesiones inusuales, por no decir excepcionales, al ser glándulas de pequeño tamaño y de localización muy interna, lo que las hace difícilmente accesibles al traumatismo directo, de tal forma que cuando se produce la lesión de éstas supone en la mayoría de los casos severas lesiones en otras estructuras en general incompatibles con la vida. Lo que sí suele ocurrir con mayor frecuencia es la desestabilización-alteración de un estado previo.

Al inicio de este capítulo se establece una recomendación que hace referencia a la valoración de la secuela *“en función de las necesidades terapéuticas y de las complicaciones a largo plazo”*.

En general en este apartado se mantienen los síndromes de la anterior Tabla aunque se hace una redefinición de los mismos conforme a los actuales criterios médicos y a su origen postraumático¹¹⁴. Los síndromes que desaparecen¹¹⁵ en el caso que se produzcan pueden ser valorados adecuadamente conforme a las manifestaciones funcionales que dichos síndromes originen.

CAPÍTULO ESPECIAL. PERJUICIO ESTÉTICO

Se trata este de un capítulo ampliamente debatido tanto dentro del ámbito jurídico como del de la valoración del daño corporal en el que se han planteado cuestiones muchas cuestiones tales como ¿quién lo debe valorar? ¿como se debe valorar?, la influencia del sexo, la edad etc. El presente capítulo aporta unas reglas de utilización que de alguna manera vienen a contestar si no a todas por lo menos a la mayoría de las cuestiones mas discutidas^{116,117} sobre el perjuicio estético. En general consideramos que la

114 P. ej. El “síndrome hipofisario” pasa a denominarse “hipofunción pituitaria-hipotalámica anterior (déficit de TSH Y ACTH) término que recoge de forma más adecuada los trastornos postraumáticos dependientes de la alteración del eje hipofisis-hipotálamo.

115 Síndrome suprarrenal y paratiroideo.

116 P.ej diferencia entre el perjuicio estático –amputación- y el dinámico –marcha del amputado-.

117 P.ej ni la edad ni el sexo de la persona lesionada se tendrán en cuenta como parámetros de medición de la intensidad del perjuicio estético.

nueva redacción¹¹⁸ del capítulo supone una mejoría sensible sobre el ya existente. Entre las cuestiones más destacables podemos citar las siguientes:

Se mantiene los seis grados calificativos del perjuicio estético. En todos ellos se establece un arco de puntuación excepto en el último en el que se determina una puntuación máxima de 50 puntos¹¹⁹.

Se valora el perjuicio estético en el momento del establecimiento de la sanidad del lesionado y es compatible su resarcimiento con el coste de las intervenciones de cirugía plástica para su corrección.

Así mismo se diferencia claramente entre el perjuicio fisiológico y el estético y no se tiene en cuenta edad, sexo, profesión habitual etc.

118 La redacción que aparece en el la Tabla VI de la nueva Ley no fue el propuesto por el Comité Médico sin embargo es justo reconocer que quien lo redactó lo hizo bien.

119 Con ello se trata de corregir el capítulo de la anterior Tabla el que no existía un tope máximo a la vez que se equipara el perjuicio estético a la mitad del perjuicio fisiológico (50 puntos corresponden a un porcentaje del 100%).