



**Baremo-guía  
europeo de  
evaluación del  
menoscabo a la  
integridad física y  
psíquica**

**Última versión  
2003**

# PREAMBULO

## JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACION BARÉMICA

Hoy como en cada época, la evaluación y la reparación del daño corporal están basadas, en cada Estado de la Unión Europea, en consensos sociales y legislativos, reflejos de la filosofía de su sociedad.

Generalmente, los principios se indican en las leyes o códigos en una forma sucinta, y los métodos son organizados por la jurisprudencia y la doctrina.

En el marco de la reparación integral, en el derecho común de la responsabilidad civil, se distinguen los daños en materia económica y los daños no económicos.

Los daños económicos, que tienen un valor médico y otro ergológico, requieren una evaluación en concreto, y no son baremizables.

Los perjuicios no económicos son los que son experimentados fuera de todo contexto lucrativo. De carácter puramente personal, constituyen un menoscabo a las actividades habituales de la vida cotidiana, por la serie de gestos y actos que cada mujer y cada hombre efectúan desde que se levantan hasta que se acuestan, independientemente de toda actividad profesional. Estos perjuicios generan un menoscabo a la calidad de la vida cotidiana

Las secuelas que generan un daño de carácter personal de interés dentro del amplio marco de las actividades son idénticas a las de cualquier otro hombre. Las secuelas idénticas generan así repercusiones casi idénticas en la vida cotidiana.: es lógico pensar que justifican una valoración idéntica. Estas secuelas pueden responder a una lógica barémica.

En la práctica, el sistema actual, satisfactorio a pesar de sus imperfecciones, autoriza una evaluación relativamente reproducible porque es, de manera explícita o no, barémica.

¿Por qué, en la mayoría de lo Estados de la Unión Europea, los expertos no están satisfechos con una simple descripción?. Es que la transposición de esta descripción por el responsable de resolver el caso sobre el plano de la indemnización también realiza una interpretación. No obstante cualquier interpretación implica un riesgo de alteración, sobre todo si la descripción hecha por el experto de un Estado es utilizada en otro Estado: los problemas lingüísticos y de terminología específica no puede ser subestimados. Así parece deseable proporcionar un esfuerzo de síntesis y de precisión caracterizando la situación secular por una tasa acompañada de una explicación: « *valorar, es escuchar, observar, medir, comprender, explicar para hacer comprender* ».

El sistema de tasas obliga a construir un baremo dentro de una meta de igualdad y de justicia: a secuelas idénticas, tasas idénticas, reparación idéntica.

La crítica más evidente de los baremos actuales es la ausencia de una concepción científica: asimilan tasas aceptadas por las jurisprudencias. Son « baremos basados en la costumbres».

Pero tienen la ventaja de ser evolutivos con los progresos terapéuticos, de la readaptación, de las técnicas de objetivación y cuantificación, de nuestros conocimientos del futuro de los traumatizados.

¿Además un baremo puramente «científico» podría tener en cuenta, como lo hacen de manera inexpressada los baremos nacionales actuales, consideraciones socioculturales inevitables? Éstas no difieren considerablemente de un Estado de la Unión Europea a otro. ¿Pero los Europeos podrían concebir un baremo aceptable por otras civilizaciones y viceversa?

## NECESIDAD DE UN BAREMO EUROPEO

La voluntad europea es preservar la reparación íntegra de los perjuicios económicos y promover la reparación barémizada de los perjuicios de carácter personal.

Es inútil armonizar el método de reparación financiero si, en toda la Unión Europea, la pérdida de los mismos órganos y mismas funciones no se evalúa en el mismo valor, si las mismas secuelas no se cuantifican manera idéntica.

La evaluación reproducible por distintos expertos, en distintos países, llevando a conclusiones idénticas ante balances secuelares idénticos, impone la utilización de un único baremo europeo.

No se podría borrar lo que corresponde a la cultura de un Estado para armonizar la reparación y la evaluación. Pues armonizar es obligatoriamente proponer soluciones que no sean inaceptables para uno de los protagonistas del cambio, sabiendo que ninguna satisfará completamente a todos los protagonistas.

Una asociación nacional o un único equipo universitario no podían estudiar la creación del baremo europeo: era necesario en efecto combinar el conocimiento aplicado de los distintos baremos nacionales y el respeto de los particularismos que se basaban en la filosofía de una sociedad. La elección se hizo pues en un organismo de vocación europea, preocupado de un consenso y velando de no desestabilizar un sistema que hoy, a pesar de sus imperfecciones, funciona. La elección se refirió al CEREDOC, Confederación Europea de Expertos en Reparación y Evaluación del Daño corporal, que reúne a profesores universitarios y a profesionales de alto nivel que emanan de los distintos Estados europeos. Su equipo se garantizó la colaboración de eminentes especialistas de las disciplinas médicas vinculadas a la pericia. Además se benefició de la contribución de las competencias de asociaciones nacionales y profesores universitarios que validaron sus trabajos.

## BASES Y PRINCIPIOS DEL BAREMO EUROPEO

Un único baremo supone que esté basado por conceptos aceptados por todos. Se definieron en el Coloquio de Tréveris I, en junio de 2000, iniciado por Willi ROTHLEY, Vicepresidente de la Comisión Legislativa del Parlamento Europeo.

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

La función del perito médico es por una parte cuantificar los menoscabos a la persona humana médicamente comprobables y/o explicables, y por otra emitir una referencia técnica sobre una lista restrictiva de posibles perjuicios particulares.

La base de la evaluación es la de los menoscabos a la integridad física y/o psíquica médicamente comprobables, por lo tanto mensurables.

La evaluación reproducible de los menoscabos subjetivos puros, médicamente explicables (plausibles pero no comprobables pues no son mensurables) solo es posible si se hace por una única e idéntica tasa: no se modula lo que no se objetiva.

Evaluar requiere una unidad y un sistema. Para no modificar demasiado profundamente las prácticas medicolegales de los peritos europeos, la elección se hizo sobre un sistema de porcentajes.

En la esfera de influencia de Tréveris I, el Menoscabo de la integridad físico-psíquica (MIFP) se define del siguiente modo:

*"la reducción definitiva del potencial físico y/o psíquico médicamente comprobable o médicamente explicable, a la cual se añaden los dolores y las repercusiones psíquicos que el médico sabe que normalmente van vinculados a la secuela así como las consecuencias en la vida diaria habitual y objetivamente vinculado a esta secuela."*

La tasa de MIFP es:

*el orden de magnitud, informado sobre un máximo teórico del 100%, de la dificultad que experimenta todo sujeto cuyas secuelas son así cuantificadas al efectuar los gestos y actos habituales de la vida diaria extraprofesional, por lo tanto el orden de magnitud de su "incapacidad personal".*

El porcentaje de AIPP

*No es una unidad de medida sino una unidad de valoración, resultado de la integración de medidas de distintos fenómenos con ayuda de distintos instrumentos, por lo tanto expresadas en distintas unidades, y por una opinión intuitiva alimentada por la experiencia y el arte de comprender los imponderables.*

Así pues, la baremización no excluye una determinada personalización. El médico explica las repercusiones de las secuelas en la vida diaria luego fija una tasa. Esta tasa no cuantifica las lesiones definitivas sino integra los distintos parámetros tenidos en cuenta por la unidad compuesta que es el porcentaje; incluye pues de manera inexpresada una parte "no mensurable que es la parte fundamental" que refleja la especificidad, comprendido por el experto, del tema valorado.

En caso de estado previo patológico modificado por el accidente objeto del peritaje, la descripción y la explicación son complementos indispensables de la tasa, que tendrá un valor relativo. Un amputado bien protetizado y que convierte en parapléjico a raíz del accidente en cuestión, el daño no se resume a la sustracción de los tasas después y antes de la parapleja: el perjuicio es la diferencia en la vida diaria, diferencia que debe describirse.

Muchas situaciones secuelares tienen consecuencias importantes en la vida diaria: el porcentaje del 100% no representa pues la desaparición de todas las funciones de la persona humana. Una vez fijada una tasa, la capacidad restante no es la diferencia entre 100% y la tasa: es mucho más importante.

Además del MIFP, los perjuicios particulares específicos a la víctima en cuestión deben a veces ser reconocidos: perjuicio estético, perjuicio sexual (excepto la reproducción), los dolores excepcionales, el menoscabo a las actividades específicas de ocio.

A veces se solicitan otros perjuicios: son artificiales, haciendo duplicación con el MIFP, o ellos no requieren de ningún modo la competencia del médico.

Estos perjuicios particulares no son el objeto de este baremo a los que no hace ninguna referencia.

La vivencia del lesionado no es más que su manera personal, dependiendo ampliamente de las características de su personalidad, de reaccionar a una agresión. Si es patológica, se tiene en cuenta en la Incapacidad Temporal y en la MIFP. Si no es patológica, no es probado ni comprobable, ni mensurable: no es "médico", y el médico no puede al respecto aportar ningún dato específico.

Por último, algunas tasas propuestas por la guía-baremo (pérdida de ojo, nefrectomía unilateral...) suponen que un posible deterioro del órgano par restante, aunque nada lo haga presagiar en el momento de la consolidación, pueda tenerse posteriormente en cuenta. De la misma manera, ninguna endoprótesis tiene una duración de vida ilimitada. La legislación debe pues hacer posible las reservas para el futuro o un procedimiento de agravación, lo que solamente hacen actualmente algunos Estados.

Si es imposible someter ni la anatomo-fisiología humana ni la resistencia de los materiales a los deseos de las leyes y los juristas, debe ser posible adaptar los textos legislativos a las realidades inevitables.

## METODOLOGIA DE LA CREACION DEL BAREMO EUROPEO

El principio básico elegido es que, en todos los Estados, conviene que los mismos órganos, las mismas funciones, las mismas tasas de depreciación de las funciones tengan un valor idéntico. Estos valores, tasas-pivote, son la infraestructura, el esqueleto del baremo europeo.

No sería razonable querer jerarquizar el valor de los órganos y funciones: sería un planteamiento puramente empírico. Es posible, en cambio, establecer una jerarquía de los distintos segmentos de un órgano y de las depreciaciones de una misma función estudiando sus repercusiones objetiva sobre la vida diaria.

La observación lleva a constatar que el perjuicio progresa por saltos y no siguiendo una lógica matemática. Pues solamente la observación y la medida pueden conferir un valor a un baremo.

Los tasas-pivote se determinaron pues observando y midiendo para caracterizar la secuela para luego cuantificarla, mediante una tasa, con relación a sus repercusiones sobre los actos habituales de la vida diaria. Esta búsqueda de la incapacidad funcional es una concepción fácilmente accesible a los expertos que no utilizan aún el sistema barémico, sin modificar el enfoque médico-legal habitual de los que la utilizan. Así se han establecido: el valor de las amputaciones, el valor de las pérdidas funcionales totales (por ejemplo la anquilosis de una articulación), en horquillas correspondientes a algunas pérdidas funcionales parciales.

Los tasas que correspondían se fijaron teniendo en cuenta los valores convencionales hoy reconocidos en los distintos Estados, después de una reflexión basada en la comparación con otras situaciones secuelares de la misma importancia.

Las secuelas parciales deben evaluarse en función del déficit observado, teniendo en cuenta la tasa de la pérdida total.

Algunos deficiencias, en particular de la esfera sexual (mastectomía bilateral, amputación del pene), son caracterizados por tasas que podrían parecer bastante elevados. Pero estas tasas tienen en cuenta el contexto sociocultural europeo que la evaluación no podría ignorar.

Fue indispensable velar por la coherencia interna vertical en cada función estudiada, y también por una coherencia horizontal comparando, para las tasas de igual magnitud, las situaciones clínicas y su traducción en la vida diaria con el fin de evitar disparidades demasiado importantes.

## MODO DE EMPLEO DE LA GUIA BAREMO EUROPEO

El baremo europeo no es ni un manual de patología secular ni un resumen de evaluación. Se concibe para el uso exclusivo de los expertos, de médicos con conocimientos de los principios de la medicina legal civil y las normas de uso en cuanto a estado anterior e incapacidades múltiples.

No es un máxi-baremo sino una guía que da las tasas-pivote importantes para las deficiencias de cada órgano y cada función. Es sin embargo suficientemente detallado para ser, en el futuro, eventualmente usado como baremo de referencia en seguros de personas.

Ciertos tipos de secuelas (por ejemplo oftalmológicas, ORL, estomatológicas, etc) requieren el recurso a un especialista del ámbito en cuestión. El perito médico debe encontrar en el informe de su consultor todos los datos técnicos y todos los elementos de reflexión que permitirán al evaluador pronunciarse sobre la imputabilidad y sobre la cuantificación de las secuelas.



Las tasas propuestas van referidas al individuo en su conjunto y no cuantifican un déficit con relación a la integridad, numerada 0 %, de una función o de un órgano.

Estas tasas van referidas a secuelas aisladas.

En caso de secuelas múltiples, la tasa global no debe ser la suma de las tasas aisladas; su cálculo difiere según las secuelas participen en la misma función (secuelas sinérgicas) o al contrario no son sinérgicas. La guía-baremo no contiene fórmula pseudo-matemática sino que recurre al sentido clínico, a la sensatez y al realismo del médico evaluador:

- en caso de lesiones simultáneas a distintos niveles del mismo miembro u órgano, la tasa global no es la suma de las tasas aisladas sino el resultado de su sinergia, no pudiendo superar el de la pérdida total del miembro o el órgano;
- si se trata de lesiones simultáneas sinérgicas en relación con miembros u órganos diferentes, es el menoscabo global de la función el que debe evaluarse;
- en casos de incapacidades múltiples no sinérgicas, el porcentaje global no puede sino ser inferior a la suma de las tasas aisladas sin que el techo máximo del 100% sea frecuentemente superado, siempre que el lesionado conserve manifiestamente una capacidad restante. Es necesario entonces comparar el estado de la víctima a situaciones clínicas modelo con tasas de MIFP conocidas. Es necesario sobre todo, y es imprescindible, explicar la situación concreta cuyo polimorfismo no puede reducirse a la abstracción de una tasa aislada de su contexto.

La guía-baremo no proporciona "cifras muy hechas" sino impone un enfoque clínico de las secuelas y el análisis de sus consecuencias objetivas en la vida diaria. Esta aprehensión global del balance secuelar obliga a una explicación de cómo se obtiene la tasa de MIFP .

Por ejemplo, no se ofrece una tasa para el laringectomizado: es necesario cuantificar globalmente el impacto en la vida diaria de la disnea así como de la afonía o de la disfonía (una tasa en el baremo correspondiente a cada una de estas secuelas).

En el caso de una anquilosis postraumática del codo en un amputado de la mano homolateral, la tasa no será obviamente la que se concedería para la misma anquilosis en un sujeto cuya mano esté conservada.

Optando por una orientación en la medida de lo posible funcional, la guía-baremo proporciona, para las amputaciones de miembros inferiores, tasas correspondientes a amputaciones correctamente protetizadas, situaciones habituales en la práctica. En efecto, salvo eventualmente en una amputación del pie, el lesionado no puede caminar o sostenerse sin prótesis. Estas tasas pueden modificarse si la prótesis es poco eficaz o al contrario excepcionalmente funcional.

De la misma manera, y cualquiera que sea la función considerada, cuando una prótesis, una ortesis o una ayuda técnica proporcionada al paciente mejore los déficits funcionales, la evaluación de estos últimos se efectúa teniendo en cuenta el beneficio aportado.

Las situaciones no descritas se evalúan en comparación en situaciones clínicas descritas y cuantificadas.

Las situaciones excepcionales y las puramente teóricas, consideradas impensables en el estado actual de nuestros medios terapéuticos, deliberadamente no se han tenido en cuenta.

El baremo es una guía, sin carácter imperativo.

Su carácter simplemente orientativo debe destacarse cuando se trata de fijar una tasa de MIFP muy elevada.

Sistemáticamente, e imperativamente en caso de secuelas graves, la explicación debe sostener la tasa.

## PROSPECTIVA

Un Observatorio Europeo del baremo compuesto, para una parte, de los miembros de la CEREDOC, garantizará su revisión permanente en función de las observaciones, críticas fundadas, problemas de utilización, de los métodos de valoración, de los progresos de nuestros conocimientos.

El baremo europeo será, como lo escribía hacia 1987 el Profesor Marino BARGAGNA a quien el grupo de estudio del baremo rinde un amistoso homenaje: "*una especie de experimentación sin fin*".

Prof. Pedro LUCAS (Bélgica)  
Presidente de la CEREDOC  
Coordinador del "Grupo ROTHLEY" de estudio del baremo europeo,

al nombre de los elementos maestros  
del Grupo de Trabajo y miembros del Comité ejecutivo de la CEREDOC,  
los Profesores y Doctores:

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

\*\*\*