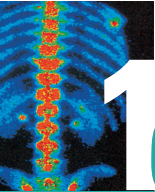


REVISTA PORTUGUESA

do **Dano**



Corporal



16

NOV. 2006 ANO XV • N.º 16

Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
no Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal

APADAC
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE AVALIAÇÃO
DO DANO CORPORAL

INSTITUTO NACIONAL
DE MEDICINA LEGAL, I.P.
DELEGAÇÃO DO CENTRO



REVISTA PORTUGUESA DO DANO CORPORAL

NOVEMBRO 2006, Ano XV, N.º 16

DIRECTOR:

Duarte Nuno Vieira

DIRECTOR ADJUNTO:

Francisco Corte-Real Gonçalves

EDIÇÃO:

APADAC – Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal

Sede: Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal

COLABORAÇÃO:

SAMEDOC – Sociedade Portuguesa de Médicos Especialistas em Avaliação do Dano Corporal

REDACTOR PRINCIPAL:

Ascensão Rebelo

SECRETÁRIOS DE REDACÇÃO:

Cristina Cordeiro, Rosário Lemos Silva, Susana Tavares

CORPO REDACTORIAL:

Ana Paula Sousa, André Pereira, António Bernardes, António Mestre, Argel de Melo, Francisco Lucas, Graça Santos Costa, Isabel Antunes, Jerónimo Coelho dos Santos, Luis André Rodrigues, Marta Ferreira, Olinda Garcia, Rita Duarte

CONSELHO CIENTÍFICO:

JURISTAS

Álvaro Dias, António Joaquim Piçarra, Braga Temido, Carlos Leitão, Costa Andrade, Faria Costa, Guilherme de Oliveira, João Rato, Jorge Leite, Maria João Antunes, Maria Manuel Veloso, Pinto Monteiro, Sousa Dinis

MÉDICOS

Agostinho Santos, Andrea Costanzo, António Carlos Miguéis, António Diogo de Paiva, Aurélio Luna Maldonado, Carlos Oliveira, Carlos Saúca, César Borobia, Claudio Hernández Cueto, Concheiro Carro, Cristina Mendonça, Cunha Vaz, Eduardo Murcia, Eugénio Laborda Calvo, Genival Veloso de França, Giovanni Cannavò, Hélène Huges, Hinojal Fonseca, Ignacio Muñoz Barús, Isabel Pinto Ribeiro, João Bosco Penna, Joaquim Neto Murta, Jorge Costa Santos, Jorge Soares, José António Pereira da Silva, Lesseps Reys, Luis Kvitko, Mamede de Albuquerque, Oliveira Sá, Paolo Arbarello, Pietrantonio Ricci, Pierre Lucas, Teresa Criado del Río, Teresa Magalhães

Depósito Legal N.º 59744/92 • ISSN 1645-0760 • Tiragem deste número: 1600 ex.

Preço PVP: 5 € (IVA incluído à taxa de 5%)

Execução Gráfica

SerSilito - Maia

Novembro, 2006

Correspondência:

Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal

Largo da Sé Nova – 3000-213 Coimbra – Portugal

Tel.: 239 854230 Fax: 239 820549

INFORMAÇÃO AOS AUTORES

A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* publica artigos dedicados à avaliação e reparação do dano corporal em Português, Espanhol, Francês e Inglês. Também publica notícias e informações relativas a reuniões, cursos de pós-graduação, congressos, colóquios e outras actividades no âmbito da avaliação do dano corporal. Em intercâmbio com a *Revue Française du Dommage Corporel*, publica os resumos dos artigos contidos nessa Revista.

As opiniões emitidas são da inteira responsabilidade do(s) autor(es), assim como o rigor dos textos e respectivos resumos.

TIPO DE ARTIGOS – A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* oferece as seguintes hipóteses de publicação:

- A – Artigos de opinião médico-legal e/ou jurídica
- B – Artigos de revisão e investigação
- C – Pareceres no âmbito da avaliação e/ou indemnização
- D – Apresentação de casos periciais

CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO – Os artigos não podem ter sido publicados anteriormente, a não ser que sejam considerados de interesse especial pelo Conselho Redactorial e a sua aceitação depende do parecer dos elementos do Conselho Científico consultados para esse efeito. Devem sempre ser acompanhados de título, resumo e palavras chave em Português, Inglês e Francês.

PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS – Os autores devem, preferencialmente, enviar os artigos em disquete, formatados em microsoft word, ou por e-mail para arebelo@inml.mj.pt

BIBLIOGRAFIA – As referências bibliográficas serão colocadas por ordem alfabética dos autores (ou para o mesmo autor respeitando a ordem cronológica da publicação). A partir de 2005, inclusive, devem ser seguidos os *National Library of Medicine Recommended Formats for Bibliographic Reference*, de que se apresentam alguns exemplos.

1. Referência a artigos de revista (no caso de mais do que 3 autores, estes devem ser seguidos de et al.)

Lee KY, Bedford CD, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

2. Referência a um livro

Ohlsen MM, Horne AM, Loew CF et al. *Group counseling*. 2nd ed. New York: Rinehart; 1998. 416 p. (Analysis and intervention series; 2).

3. Referência a capítulo de um livro

Anderson C, Robert J. Acute renal failure. In: Braunswald E, Isselbacher K, Petersdorf R, et al., editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 1987. p. 1149-55.

4. Referência a trabalhos em Actas de Congressos

Vivian V. Child abuse and neglect: a medical community response. 1st AMA National Conference on Child Abuse and Neglect; 1984 Mar 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association; 1985. p. 22-25.

5. Referência a artigo de revista online

Friedman SA. Preeclampsia: a review of the role of prostaglandins. *Obstet Gynecol* [documento online] 1988 Jan [atualizado 1990 Nov 26]; 71(2):22-37. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

6. Referência a outros documentos online

Brown SA. The role of prostaglandins. [documento online] 1988 Jan [atualizado 1990 Nov 26]. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

SEPARATAS – A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* oferece gratuitamente 50 separatas por cada artigo. Um número superior de separatas será pago pelo autor que deverá indicar a quantidade pretendida ao enviar o artigo.

SUMÁRIO

Editorial.	7
<i>Francisco Corte Real Gonçalves</i>	
Dever de documentação, acesso ao processo clínico e sua propriedade. Uma perspectiva europeia	9
<i>André Gonçalo Dias Pereira</i>	
Baremos en valoración del daño corporal – Baremo español	25
<i>Eugenio Laborda Calvo</i>	
Whiplash: Traumatismo cervical leve y simulación.	49
<i>José Ignacio Muñoz Barús</i>	
Análise comparativa da valorização das indemnizações por acidente de viação em Portugal e Espanha.	57
<i>Manuel Tadeu Correia Albuquerque</i>	
Consecuencias médico-legales de la Fibromialgia y síndromes relacionados.	71
<i>Claudio Hernández-Cueto</i>	
Peritagem Médica na CGA. Avaliação do dano no âmbito da CGA	93
<i>M. M. Camilo Sequeira</i>	
Evoluzione e prospettive della sinistrosità stradale. La situazione in Italia.	105
<i>Domenico Vasapollo</i>	

A Tabela Italiana de avaliação do dano corporal. Percurso histórico.	113
<i>Bisogni K., De Rosa C., Ricci P.</i>	
“Condyloma Acuminata”: Aspectos médico-legais a propósito de um caso clínico	125
<i>J. L. Ferreira dos Santos, M. A. Gouveia, J. Costa Santos</i>	
Intercâmbio.	139
Noticiário.	153
Lista dos Auditores com aproveitamento do X Curso de Pós-graduação em avaliação do dano corporal pós-traumático 2006 ..	159

A avaliação do dano corporal pós-traumático realizada no nosso País tem vindo a observar assinaláveis progressos ao longo da última década. Sustentando-se no esforço de todos, pequenos mas consistentes passos têm vindo a ser dados no sentido da melhoria progressiva da qualidade geral da actividade pericial. Congressos, seminários e outros encontros científicos, artigos, conferências e reuniões, cursos, normas e recomendações têm-nos ajudado a procurar a excelência desta nobre actividade. Mais um Congresso Luso-Espanhol de Avaliação do Dano Corporal, uma página na internet para maior contacto dos membros da Associação Portuguesa da Avaliação do Dano Corporal, a criação de uma Tabela Europeia para avaliação dos danos corporais ou a instituição de um modelo de relatório informatizado constituem algumas dessas iniciativas para procura de qualidade. Mas mais importante que tudo isso, a postura de todos os médicos peritos poderá dignificar esta ciência em Portugal. Apenas todos juntos conseguiremos progredir no sentido correcto.

Nobre na sua essência, a avaliação do dano corporal pós-traumático constitui o meio único de possibilitar ao cidadão, muitas vezes fragilizado e diminuído, o conforto possível face a adversidades impostas pela vida. Com o futuro subitamente contrafeito, as esperanças repentinamente abaladas, muitos sinistrados ficam extremamente dependentes de uma reparação que não teriam desejado vir a merecer. Dependentes financeiramente, mas sobretudo psicologicamente. As consequências e a repercussão do processo reparativo afectam profundamente, por isso, o equilíbrio instável daqueles que vêem nesse processo a última oportunidade de simular a justiça que lhes foi negada. Fortuna, a do médico perito, que permite através de um simples gesto proporcionar tão significativa e justa consolação. Fortuna a sua que lhe possibilita satisfazer os legítimos anseios dos que, privados da utilização plena das capacidades que outrora possuíam, esperam pelo menos conseguir uma vida digna.

Saibamos, assim, honrar essa imensa responsabilidade. Saibamos escutar pacientemente o que nos relatam os examinados. Saibamos procurar com persistência os elementos e as informações relativos ao sinistro. Saibamos observar com pormenor os extensos registos que frequentemente nos são presentes. Saibamos realizar exames completos e minuciosos que não descurem as sequelas de menor gravidade. Saibamos descrever, discutir e concluir com objectividade. Saibamos aceitar com abertura os conselhos e sugestões pertinentes de colegas com opiniões distintas. Saibamos ser humildes, objectivos e profundos nos nossos pareceres. Enfim, saibamos honrar com profissionalismo a nobre responsabilidade que nos foi concedida.

Procuremos aproveitar o escasso tempo de que dispomos para nos actualizarmos, para estudarmos, para lermos, para seguirmos e colaborarmos nas iniciativas que procurem promover a qualidade da avaliação do dano corporal. Procuremos ser directos, imparciais e perspicazes nos nossos exames. Procuremos ser justos, cuidadosos e completos nas nossas avaliações. Procuremos perder o tempo que o processo nos solicitar, sem pressas nem precipitações, mas não descuremos a brevidade no envio do nosso relatório. Recordemos sempre que enquanto o processo não é finalizado o sinistrado padece frequentemente de privações que poderíamos, com um simples gesto, abolir. Não sejamos nós, médicos peritos, a retardar a efectivação de uma merecida justiça. Contribuir para o adiamento da aplicação da justiça é fomentar o prejuízo daquele que em nós depositou as esperanças da reparação que não gostaria de ter sido obrigado a solicitar. Ninguém nos agradecerá por termos cumprido a nossa obrigação, mas poderemos ficar com a íntima satisfação de termos modestamente contribuído para que essa reparação se tornasse possível. E, no fundo, isso é o que verdadeiramente interessa.

Dever de documentação, acesso ao processo clínico e sua propriedade. Uma perspectiva europeia

André Gonçalo Dias Pereira ¹

1. Fundamentos e finalidades do processo clínico

È doutrina e jurisprudência segura por toda a Europa que os médicos e os hospitais estão obrigados a proceder à documentação e registo da actividade clínica.² Os *fundamentos* desta obrigação podem ser encontrados quer no plano do direito *contratual*, quer ao nível *delitual*, nomeadamente através dos direitos de personalidade.³

No plano *contratual*, entende-se que há um *dever lateral* (*Nebenpflicht*) resultante do contrato médico de realizar uma documentação minuciosa, pormenorizada, cuidadosa e completa da actividade médica, cirúrgica e dos cuidados de enfermagem.

A obrigação de levar a cabo um perfeito registo da história clínica resulta também de um *dever de cuidado do médico*, de uma obrigação inserta nas *leges artis* (*Therapiepflicht*). Para que os cuidados de saúde sejam zelosos e organizados impõe-se que o médico proceda ao registo e à documentação

¹ Assistente da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Pós-graduado em Direito Civil e em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra; Mestre e Doutorando em Ciências Jurídico-civilísticas pela Universidade de Coimbra. Secretário Científico do Centro de Direito Biomédico; Membro do Conselho Nacional de Medicina Legal.

² Numa análise muito resumida, podemos afirmar que os principais deveres dos médicos face aos doentes são: (1) respeitar as *leges artis* e assegurar cuidados de saúde de qualidade; (2) informar o paciente e obter o seu consentimento livre e esclarecido; (3) guardar sigilo e salvaguardar a protecção de dados pessoais e (4) fazer uma boa documentação clínica.

³ Cfr. LAUFS/UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, München, Beck, 2002, pp. 481-482. Na formulação do BGH (Supremo Tribunal Federal alemão), o dever de documentação tem origem *delitual* e *contratual* e é um requisito fundamental para a segurança do paciente no tratamento. Destarte, o dever de documentar impõe-se mesmo que entre o médico e o paciente não se tenha estabelecido uma relação *contratual*.

das consultas, exames, diagnósticos e tratamentos efectuados, sob pena de incorrer em responsabilidade civil.

As principais *finalidades* do dever de documentação consistem em garantir a *segurança do tratamento*, a *obtenção da prova*, o *controlo dos custos de saúde* e a facilidade de fundamentação dos *honorários*.⁴

Relativamente à *segurança do tratamento*, devemos ter em conta que hoje se pratica uma medicina de equipa, com elevada tecnologia, pelo que o adequado registo das informações médicas permite evitar acidentes graves. Pense-se no caso dramático da amputação de um membro saudável devido a má comunicação entre o médico e o cirurgião. O direito a uma *segunda consulta* ou a uma *segunda opinião* também contribui para a maior exigência relativamente ao dever de documentação.

A importância do processo clínico ou prontuário como *meio de prova* vem-se afirmando cada vez mais, seja nas acções de *negligência médica*, seja nas *acções de consentimento informado*. Nas primeiras, é sabido que só a reconstituição do *iter* do tratamento permite averiguar da culpa do médico; quanto às segundas, cada vez mais a doutrina apela a uma boa documentação da informação e do consentimento em detrimento do burocratizado e estandardizado formulário para consentimento.⁵

Ao nível do *controlo dos custos de saúde*, um adequado registo da história clínica pode permitir grandes poupanças. Na verdade, uma das principais causas do exponencial aumento dos custos de saúde é a multiplicação de exames supérfluos e repetidos sobre o mesmo paciente.

Finalmente, a existência de uma boa documentação clínica facilita a *fundamentação dos honorários* (*Rechenschaftslegung*).

A facilidade probatória e o facto de a documentação constituir um instrumento para cobrança de honorários são finalidades criticadas por alguma doutrina neste contexto; todavia, parece que é razoável e pragmático aceitar que estas são efectivamente finalidades importantes e legítimas do dever de documentação. Este dever tanto favorece o médico como o paciente e permite uma melhor execução do contrato.⁶

Finalmente, podemos sintetizar os grandes *objectivos* da existência do processo clínico: (1) melhorar os cuidados de saúde prestados ao doente; (2) partilhar informação clínica entre os profissionais de saúde; (3) diminuir o

⁴ LAUFS/UHLENBRUCK, *ob. cit.*, p. 481.

⁵ Cfr. André Gonçalo DIAS PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente. Estudo de Direito Civil*, Coimbra, Coimbra Editora, 2004, p. 187 e ss. e 525 e ss. Cfr., também, André DIAS PEREIRA, “Formulários para prestação do Consentimento: uma proposta para o seu controlo jurídico”, *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Católica de Petrópolis*, Brasil, 2001, pp. 65-90.

⁶ Cfr. LAUFS/ UHLENBRUCK, *ob. cit.*, pp. 485.

erro; (4) melhorar a forma como a informação é obtida, registada e disponibilizada; (5) garantir a mobilidade e acesso remoto; (6) melhorar o suporte à decisão clínica; (7) acesso fácil a standards terapêuticos; e, por último, (8) a racionalização de recursos.

2. O dever de documentação no direito português

No direito português, Guilherme de Oliveira defende que está previsto o *dever jurídico de documentação*. Este dever encontra-se vertido no art. 77º, n.º 1 Código Deontológico da Ordem dos Médicos, que tem a seguinte redacção:

“O médico, seja qual for o Estatuto a que submeta a sua acção profissional, tem o direito e o *dever de registar* cuidadosamente os resultados que considere relevantes das observações clínicas dos doentes a seu cargo, conservando-as ao abrigo de qualquer indiscrição, de acordo com as normas do segredo profissional.”

Esta norma deontológica tem a virtualidade heurística de densificar o conteúdo normativo do art. 7º, al. e) do Decreto-Lei n.º 373/79, de 8 de Setembro (Estatuto do Médico), segundo o qual o médico tem o dever de “contribuir com a criação e manutenção de boas condições técnicas e humanas de trabalho para a eficácia dos serviços”.⁷

Outra base legal encontra-se nos artigos 573º e 575º CC, que regulam a obrigação de “informação” e de “apresentação de documentos”.⁸ Também o artigo 3.º, n.º 2, da Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, deve ser convocado nesta sede.

A afirmação deste dever de documentação tem também influência na distribuição da carga probatória.⁹ O médico fica prejudicado no plano pro-

⁷ Cfr. Guilherme de OLIVEIRA, “Auto-regulação profissional dos médicos”, *Revista de Legislação e de Jurisprudência*, n.º3923. p. 36.

⁸ FIGUEIREDO DIAS/ SINDE MONTEIRO, *Responsabilidade Médica em Portugal*, Lisboa, 1984, p. 42. No mesmo sentido FERREIRA DE ALMEIDA, “Os Contratos Civis de Prestação de Serviço Médico”, in *Direito da Saúde e da Bioética*, Lisboa, AAFDL, 1996, pp. 89 ss, p. 114, entende haver um dever de documentação (acesso a documentos, elaboração ou entrega de documentos, v.g. atestados e fichas clínicas).

⁹ A *Cámara Civil y Comercial de Junín* (Argentina), na decisão de 15-12-1994, decidiu que “constitui uma presunção contra o profissional a inexistência da história clínica ou a existência de irregularidades na mesma”. A falta do processo clínico priva de um elemento valioso para a prova da responsabilidade médica e deve prejudicar a quem era exigível como dever de colaboração na difícil actividade probatória e esclarecimento dos factos. Através da prova por presunções, uma história clínica insuficiente constitui mais um indício que deverá ser tomado em consideração pelo tribunal na hora de analisar a conduta dos profissionais. Mas

batório não apenas se subtrair ou alterar documentos que têm importância para esclarecer a controvérsia (art. 344.º, n.º2 do Código Civil), mas também se a redacção dos actos médicos for inexacta ou incompleta. De qualquer modo, convém reiterar que o processo clínico não constitui sempre uma verdade irrefutável e absoluta, pelo que deve ser avaliada conjuntamente com os restantes elementos probatórios presentes no processo.¹⁰

Efectivamente, entende-se que o processo clínico pode ter uma importância decisiva num processo de responsabilidade médica. Entre nós, o art. 344.º, n.º 2, CC estabelece a inversão do ónus da prova quando a parte contrária tiver culposamente tornado impossível a prova à parte onerada.¹¹ O médico deve ser o primeiro a ter interesse em ser zeloso na conservação e no adequado registo da ficha clínica.¹²

Em suma, o processo ou ficha clínica é de grande importância na boa relação médico-paciente e, simultaneamente, pode ajudar a controlar os ‘galopantes’ custos de saúde. Nesse sentido, as legislações modernas¹³ exigem que o médico registe as consultas e organize um processo onde deve incluir, entre outros, os exames, as análises, os apontamentos das consultas, formulários do consentimento, etc.¹⁴

3. O conteúdo do dever de documentação

O adequado cumprimento do dever de documentação pressupõe o registo de vários *itens*, como por exemplo: a anamnese, o diagnóstico, a terapia, os métodos de diagnóstico utilizados, o doseamento da medicação, o dever de informar para o consentimento, o relatório das operações; os acontecimentos

a necessária relação causal não pode deduzir-se apenas da existência de uma história clínica irregular. Vide Roberto VÁZQUEZ FERREYRA/ Federico TALLONE, *Derecho Médico y mala praxis*, 2000.

¹⁰ Decisão do Tribunal Supremo espanhol, de 5-6-1998, *apud* Júlio C. GALÁN CORTÉS, *Responsabilidad Médica y Consentimiento Informado*, Madrid, Civitas, 2001, p. 152.

¹¹ Artigo 344.º, n.º2 do Código Civil – (*Inversão do ónus da prova*): “Há também inversão do ónus da prova, quando a parte contrária tiver culposamente tornado impossível a prova ao onerado, sem prejuízo das sanções que a lei de processo mande especialmente aplicar à desobediência ou às falsas declarações.”

¹² Cfr. TEIXEIRA DE SOUSA, “Sobre o ónus da Prova nas Acções de Responsabilidade Civil Médica”, *Direito da Saúde e Bioética*, Lisboa, 1996, p. 131.

¹³ No plano histórico, encontram-se os primeiros documentos, com informações relativas aos pacientes, nos hospitais de Bagdad nos séculos IX, X e XI da nossa era.

¹⁴ Assim, Olivier DUPUY, *Le Dossier Médical*, Bordeaux, 2002, pp. 15 e ss., à face da legislação francesa.

inesperados, a mudança de médico ou de cirurgião, a passagem pelos cuidados intensivos, o abandono do hospital contra a indicação médica, etc..

A *forma* da documentação também deve ser objecto do maior cuidado. Os hospitais vão uniformizando e sistematizando os prontuários, o que é salutar enquanto demonstra o rigor e o cuidado nesta tarefa; por outro lado, nos tempos modernos assume especial atenção a *documentação electrónica*.

O registo da história clínica deve ser feito em devido *tempo*. Deve verificar-se uma relação imediata com o tratamento ou com a intervenção médica. Com efeito, se a documentação for realizada semanas ou meses depois da intervenção, pode-se defender, no caso de um processo de responsabilidade médica, uma *inversão do ónus da prova*, tal como nos casos de ausência ou insuficiente documentação. A jurisprudência alemã entende que há uma relação de proporcionalidade entre a gravidade da intervenção e a exigência de documentar com brevidade. Assim, por exemplo, uma cirurgia de alto risco deve ser objecto de um registo minucioso e *imediato*; intervenções de rotina podem ser registadas passado algum tempo.¹⁵

4. O acesso ao processo clínico

O processo clínico pode ser um instrumento importante na relação médico-paciente e também como meio de prova da informação fornecida e do consentimento obtido.¹⁶ Vamos considerar apenas a *comunicação do processo clínico ao paciente*.¹⁷

O acesso à ficha clínica, por parte do paciente, pode ter um regime diferente consoante se esteja numa fase extra-processual, pré-processual ou já em fase processual.

A doutrina alemã distingue:

- a) *a fase extra-processual*, em que a consulta pode estar sujeita a algumas limitações temporais e objectivas (para protecção do interesse

¹⁵ LAUFS/ UHLENBRUCK, *ob. cit.*, p. 487.

¹⁶ A Declaração dos Direitos dos Pacientes prescreve que “à saída de um estabelecimento de tratamento, os pacientes deveriam poder, a seu pedido, obter um resumo escrito do diagnóstico, tratamento e cuidados que a ele dizem respeito” (2.9.)

¹⁷ *A comunicação a terceiros* já cai fora do âmbito deste trabalho, já que se relaciona com o direito à privacidade do paciente e ao dever de sigilo médico. Cfr. Helena MONIZ, *Notas sobre a Protecção de Dados pessoais Perante a Informática (O Caso Especial dos dados Pessoais Relativos à Saúde)*, Separata da RPCC, 7, 1997. Cfr. Também a Deliberação n.º 51/2001 da Comissão Nacional de Protecção de Dados (<http://www.cnpd.pt/bin/decisoes/2001/htm/del/del051-01.htm>).

- do médico em não ver devassadas as suas anotações pessoais e de terceiras pessoas);
- b) a *fase pré-processual*, em que o paciente pretende preparar uma acção de honorários ou de responsabilidade civil (havendo também limitações para protecção do médico e de terceiros, bem como por razões terapêuticas, sendo admissível limitar o acesso a paciente com problemas psiquiátricos que seriam gravemente prejudicados com o conhecimento integral do seu ficheiro clínico, devendo este ser acompanhado e aconselhado por um médico);
 - c) o direito de consulta *durante um litígio* em tribunal, em que a ficha clínica assume uma importância decisiva na clarificação dos factos, podendo mesmo ser requerida *ex officio* pelo próprio tribunal. Quando seja entregue,¹⁸ a ficha clínica passa a ser considerada como documento integrante do processo (*Teil der Prozessakte*) e não há razões de índole terapêutica que justifiquem uma limitação ao direito de consulta do processo.¹⁹

Podemos acrescentar, à face do direito português, que, em caso de litígio, o médico tem o *dever de cooperação para a descoberta da verdade* (art. 519º, n.º1 CPC), “o qual impõe a obrigação de facultar à contraparte e ao tribunal os documentos que estão em seu poder. Quando pretenda fazer uso desses documentos, o paciente requererá que o médico demandado seja notificado para os apresentar dentro do prazo que o tribunal designar (art. 528º, n.º1 CPC); se o médico se recusar a fazê-lo, o tribunal apreciará livremente a sua conduta para efeitos probatórios (art. 529º CPC), isto é, poderá, se assim o entender, *dar como provados* os factos que o paciente se propunha demonstrar através desses documentos.”²⁰

Porém, terceiros (mesmo com interesses patrimoniais directos) têm direito de acesso ao processo apenas na medida em que os seus interesses tenham um valor superior ao *direito de autodeterminação informativa* do paciente.

Neste trabalho será apresentado apenas um breve quadro da legislação de alguns países europeus no que respeita ao acesso ao “dossier” médico numa situação extra-judicial.

¹⁸ Contudo, este é um processo complexo em que deve ser ouvida a Ordem dos Médicos, nos termos do art. 69.º e 73.º do Código Deontológico.

¹⁹ Cfr. LAUFS/ UHLENBRUCK, *ob. cit.*, p. 491.

²⁰ TEIXEIRA DE SOUSA, “Sobre o ónus da Prova nas Acções de Responsabilidade Civil Médica”, *Direito da Saúde e Bioética*, p. 134. Cfr. tb. FIGUEIREDO DIAS/ SINDE MONTEIRO, *Responsabilidade Médica em Portugal*, pp. 28 e 32.

O direito de consulta do processo clínico

Nesta fase o paciente não está em litígio nem pretende intentar uma acção contra o facultativo. Os fundamentos do direito de consulta encontram-se no contrato médico e na protecção dos direitos de personalidade. O doente deve apresentar uma justificação para consultar o processo, porém, essa justificativa não carece de revestir um especial interesse de protecção.

i) Posição tradicional: o acesso indirecto

A maior parte das ordens jurídicas nos países latinos admitiam o acesso à história clínica, mas apenas através de um médico nomeado pelo paciente. Era o chamado sistema do acesso indirecto.

Em Portugal, mantém-se o acesso limitado, na medida em que só pode ser efectuado por intermédio de um médico. Consagra-se assim o acesso mediato ou indirecto à ficha clínica. Esse direito de acesso *indirecto* à informação clínica, encontra-se previsto no art. 11º, n.º 5 da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro (*Lei de Protecção dos Dados Pessoais*) e na Lei n.º 94/99, de 16 de Julho (*Lei de Acesso aos Documentos Administrativos [LADA]*). A Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, *Informação genética pessoal e informação de saúde*) mantém esse regime, prescrevendo o artigo 3.º, n.º3: “O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento, é feito *através de médico*, com habilitação própria, escolhido pelo titular da informação.”

Este sistema *não é contrário* ao art. 10º, n.º 3, da Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina,²¹ já que esta Convenção confere a possibilidade de os Estados parte adoptarem este modelo mais paternalista, “a título excepcional e no interesse do paciente.” Essa mediação tem em vista proteger o paciente de informações que poderiam afectar gravemente a sua saúde. Este regime encontra evidente paralelismo com o *privilegio terapêutico*, pelo que, após a Reforma do Código Penal de 1995 deveremos ser muito restritivos na limitação da informação ao doente. Assim, esta limitação só se justifica “se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física o psíquica.”

Com efeito, o art. 3.º, n.º 2 da Lei 12/2005, prevê que: “O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, *salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial*, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado.”

²¹ Diário da Republica, I, Série-A, de 3 de Janeiro de 2001.

Porém, na esteira do direito alemão, no acesso à documentação deve distinguir-se entre “os elementos que contêm *dados objetivos* e aqueles que implicam *valorações subjetivas*, bem como a notícia de *dados fornecidos por terceiros (cônjuge ou parentes)*, em relação aos quais não existe o direito de apresentação”.²² Pelo que o médico que proceda à transmissão da informação ao paciente deve ter em conta os interesses do *médico* e de *terceiros*.²³

ii) Nova orientação: o acesso directo

As recentes leis de direitos dos pacientes, *nos países latinos*, têm vindo a admitir o acesso de forma mais liberal.

Em Espanha, a *Ley 41/2002*, de 14 de Novembro,²⁴ regula o acesso à história clínica, consagrando o direito de *acesso livre e directo* e o direito de obter cópia destes dados. Salvaguardando, porém, os direitos de *terceiras pessoas à confidencialidade dos dados*, o *interesse terapêutico do paciente* e o *direito dos profissionais* à reserva das suas *anotações subjetivas*.²⁵

A lei francesa de 4 de Março de 2002²⁶ confere aos pacientes o direito de aceder às informações médicas contidas no seu *processo clínico*. Mais concretamente, esta lei – quebrando a tradição gaulesa – consagra a possibilidade para o paciente de *aceder directamente à ficha clínica* que lhe diz respeito.

²² SINDE MONTEIRO, *Responsabilidade Civil por Conselhos, Informações ou Recomendações*, Coimbra, Almedina, 1990, p. 427. No mesmo sentido, cfr. as leis de Espanha e da Bélgica.

²³ Adiante este ponto será desenvolvido.

²⁴ *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.

²⁵ Artículo 18. *Derechos de acceso a la historia clínica*.: “1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos. 2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada. 3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del *derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente*, ni en perjuicio del *derecho de los profesionales participantes en su elaboración*, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus *anotaciones subjetivas*. 4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.”

²⁶ Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Anteriormente, o doente só podia tomar conhecimento dessas informações através do *intermédio* de um médico.

A consagração do direito de acesso directo ao processo clínico é a resposta do legislador às reivindicações das associações de utentes. Contudo, certamente assistiremos a alguma resistência por parte de alguns médicos. Para além de verem a sua ‘privacidade’ profissional devassada por esta lei, os médicos temem que o paciente fique mais exposto aos riscos de pressão dos empregadores e seguradores no sentido de conhecerem os seus prontuários.^{27, 28}

O legislador salvaguardou, porém, certas hipóteses para as quais este direito de acesso será *indirecto*. Assim acontece no caso de uma *hospitalização compulsiva*. Esta limitação justifica-se pela necessidade para o médico de dispor de um poder de controlo da difusão de informação sobre a patologia ao seu paciente. Por outro lado, o direito de consulta do processo relativo a um *menor não emancipado* é exercido pelos titulares da autoridade parental. Contudo, também pode ter lugar a pedido do menor *por intermédio do médico*. O menor que quiser manter segredo de determinado tratamento pode-se opor a que o médico comunique ao titular da autoridade parental as informações relativas a essa intervenção. O médico deve fazer menção escrita dessa oposição.²⁹

Também na Bélgica se aceita, actualmente, o acesso *directo* ao seu processo. O art. 9, §2 da Lei Belga sobre Direitos dos Pacientes de 2002,³⁰ reconhece o direito de consultar a história clínica, mas considera que as *anotações pessoais* do profissional de saúde e os *dados relativos a terceiros* não são abrangidos por esse direito de consulta.

²⁷ Cfr. Olivier DUPUY, *Le dossier Médical*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2002, note d’actualisation, p. 6.

²⁸ Todavia, o art. 45 do *Code de Déontologie médicale* dispõe que “independentemente do dossier clínico previsto na lei, o médico deve ter para cada paciente uma parte de observações que lhe é pessoal; essa ficha é confidencial e inclui os elementos actualizados, necessários às decisões diagnósticas e terapêuticas”. Alguns autores entendem que essas fichas também são comunicáveis se o paciente o solicitar. Outros entendem que tal medida apenas iria sobrecarregar o processo de informação médica. Que o doente possa, se quiser, aceder à informação médica que lhe diz respeito, parece adequado, mas seria mais judicioso ater-se ao espírito da norma do Código Deontológico, isto é à sagacidade do médico.

Jean-Marie CLÉMENT, *Droits des Malades*, Bordeaux, 2002, p. 24, receia que se caminhe para uma formalização excessiva das relações médico-paciente quando nesta relação deveria presidir a confiança. “*Le droit des usagers devient un droit des consommateurs de soins et à ce titre, on verse d’une confiance à une défiance, avec toutes les conséquences d’une telle modification*”.

²⁹ Nos termos do art. 6 do *décret du 29 avril 2002*. Cfr. Olivier DUPUY, *Le dossier Médical*, note d’actualisation, p. 8.

³⁰ Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002.

Nos países do norte da Europa, o *acesso directo* ao processo clínico é já tradicional.

Nos Países Baixos (segundo o art. 456 BWB – Código Civil holandês),³¹ o direito de acesso à totalidade do processo é reconhecido ao paciente, exceptuando as informações susceptíveis de lesar a *vida privada de terceiras pessoas*.³²

Na Dinamarca, o direito de acesso ao processo clínico abrange todas as informações, *incluindo as notas pessoais ou, por exemplo, os comentários* a uma radiografia, mas cada pedido é examinado e a consulta pode ser directa ou com a ajuda de um médico.

Na Alemanha, a lei autoriza o acesso directo aos “*dados objectivos*” do processo (resultados de exames, radiografias, troca de correspondência entre médicos) mas restringe à autorização dos médicos o acesso aos *elementos subjectivos* (anotações pessoais, por exemplo). Assim, o acesso ao “dossier” pode estar sujeita a algumas limitações temporais e objectivas (para protecção do interesse do médico em não ver davassadas as suas anotações pessoais e de terceiras pessoas). O BGH (*Bundesgerichtshof*) – Tribunal Federal alemão – limita o direito de acesso aos resultados de índole objectiva, científica e às referências a tratamentos, especialmente no domínio da medicação e relatórios sobre cirurgias. Está vedado o direito de acesso a *avaliações subjectivas do médico*, como a reprodução de impressões pessoais sobre o paciente ou sobre os seus familiares. O médico e/ou o hospital/ clínica têm o direito de esconder essas observações, desde que seja notório que isso se verificou.³³

Também no Reino Unido se consagra o direito de acesso do paciente à informação de saúde. Todavia, a lei mantém uma excepção, na medida em que o acesso pode ser condicionado caso a informação possa causar um *grave dano* ao paciente (“likely to cause serious harm”).³⁴

Podemos concluir que a evolução no direito comparado vai no sentido de conceder ao paciente o direito de acesso directo ou imediato ao processo clínico.³⁵

³¹ Nos Países Baixos, o contrato médico está regulado no Código Civil de 1992, no livro 7 referente aos contratos em especial. Veja-se Ewoud HONDIUS/ Annet van HOOFT, “The New Dutch Law on Medical Services”, *Netherlands International Law Review*, XLIII, 1-17, 1996. Sobre o direito holandês, cfr., tb., Loes MARKENSTEIN, “Country Report The Netherlands”, in Jochen TAUPITZ (Ed.), *Regulations of Civil Law to Safeguard the Autonomy of The Patient...*, pp. 741 e ss.

³² J.M. CLÉMENT, *Droits des Malades*, 2002, p. 16.

³³ Cfr. LAUFS/UHLENBRUCK, *ob. cit.*, p. 489.

³⁴ MASON & Mc CALL SMITH, *Law and Medical Ethics*, 5th Ed., London, Edimburgh, Dublin, Butterworths, 1999, p. 210.

³⁵ Sobre esta matéria, na jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, cfr. Decisões de 28-1-2000; 7-12-99; 9-6-1998; 27-8-1997; 25-2-1997. Luis MARTINÉZ-CALCERRADA/

Vejam os seguinte quadro comparativo:

Países	Direito de Consulta	Excepção: Doença psiquiátrica	Excepção: menores	Excepção: dados subjectivos do médico	Excepção: direitos de terceiros
PORTUGAL	Indirecta	-----	-----	-----	-----
ESPAÑA	Directa	SIM	SIM	SIM	SIM
FRANÇA	Directa	SIM	SIM *		
BÉLGICA	Directa			SIM	SIM
ALEMANHA	Directa	SIM		SIM	SIM
DINAMARCA	Directa			NÃO	
PAÍSES BAIXOS	Directa				SIM

5. A questão da propriedade do processo clínico

A questão da propriedade da ficha clínica dá origem a frequentes dificuldades terminológicas e confusões conceptuais. O termo “propriedade” é aqui usado em sentido amplo, querendo significar *titularidade* ou *domínio* sobre a *informação contida no processo*.

Normalmente a lei não se pronuncia claramente sobre esta questão. Por isso, a doutrina costuma analisar este problema tendo em conta os seguintes aspectos: a quem incumbe a conservação do “dossier”? Tem o doente direito de acesso directo ao processo clínico?³⁶ Tem o médico direito de propriedade intelectual sobre os registos clínicos?³⁷

No direito francês, a questão da *propriedade do dossier* é muito controversa. Para DUPUY,³⁸ a unidade de saúde está obrigada ao dever de conservação, o que lhe confere uma responsabilidade ligada à sua obrigação de arquivamento em boas condições e de comunicação ao paciente quando este o desejar. Mas este dever não é assimilável às prerrogativas (próprias do direito de propriedade) de *fructus*, de *usus* e de *abusus* sobre o “dossier”. O médico, por seu turno, tem o *direito de propriedade intelectual* de uma *parte variável do seu conteúdo* e nomeadamente das suas *notas pessoais*; contudo não é considerado depositário do “dossier”. Por outro lado, o paciente não tinha, tradicionalmente direito de acesso directo ao “dossier”, o que constituía uma limitação importante. Actualmente, segundo Olivier DUPUY e à

Ricardo de LORENZO, *Tratado de Derecho Sanitario*, Tomo II, Colex, 2001.

³⁶ Olivier DUPUY, *L'information médicale, information du patient et information sur le patient*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, p. 192 e ss.

³⁷ MASON & Mc CALL SMITH, *Law and Medical Ethics*, p. 211.

³⁸ *Le dossier Médical*, note d'actualisation, pp. 9 e ss.

luz da Lei francesa de 4 de Março de 2002, que cria a regra de acesso livre e directo do paciente ao “dossier médico”, *o paciente deve ser considerado o proprietário do processo clínico*.

Em sentido contrário, a Lei da Galiza,³⁹ que admite o *acesso directo* ao processo clínico,⁴⁰ diz claramente que a Administração de Saúde é *proprietária* da “história clínica”.⁴¹

Assim, ao contrário do que defende Dupuy, não parece que se possa extrapolar do regime de acesso à história clínica a resposta para a questão da propriedade.

Em Portugal, onde o acesso é indirecto, este argumento serviria para afirmar que o médico ou o Hospital são os proprietários. Neste sentido, aliás, o art. 77.º, n.º 2 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos afirma que “*a memória escrita do médico pertence-lhe*”.⁴² Na opinião do Conselho Regional

³⁹ A Comunidade Autónoma da Galiza regula esta matéria na *Ley 3/2001, de 28 de mayo*, com as modificações introducidas pela *Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes*. Estas modificações visam adaptar a lei da Comunidade Autónoma à legislação nacional do Reino de Espanha: *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.

⁴⁰ O artigo 19 prescreve: “1. El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en la misma. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantiza la observancia de estos derechos. Este derecho de acceso podrá ejercitarse por representación debidamente acreditada. 2. En los supuestos de procedimientos administrativos de exigencia de responsabilidad patrimonial o en las denuncias previas a la formalización de un litigio sobre la asistencia sanitaria se permitirá que el paciente tenga *acceso directo a la historia clínica*, en la forma y con los requisitos que se regulen legal o reglamentariamente. (...) 4. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del *derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos* que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del *derecho de los profesionales participantes en su elaboración*, los cuales pueden *oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas*. (...)”

⁴¹ Afirma o artigo 15 relativo à “*Propiedad y Custodia*.” “1. Las historias clínicas son documentos confidenciales *propiedad de la Administración sanitaria* o entidad titular del centro sanitario, cuando el medico trabaje por cuenta e bajo la dependencia de una institución sanitaria. En caso contrario, la propiedad corresponde al medico que realiza la atención sanitaria.” 2. La entidad o el facultativo propietario es responsable de la custodia de las historias clínicas y deberá adoptar todas las medidas precisas para garantizar la confidencialidad de los datos o de la información contenida en ellas. (...)”

⁴² Artigo 77.º (Processo ou Ficha clínica e exames complementares): “1. O Médico, seja qual for o Estatuto a que se submeta a sua acção profissional, tem o direito e o dever de registar cuidadosamente os resultados que considere relevantes das observações clínicas dos doentes a seu cargo, conservando-as ao abrigo de qualquer indiscrição, de acordo com as normas do segredo profissional. 2. A ficha clínica do doente, que constitui a memória escrita do Médico, pertence a este e não àquele, sem prejuízo do disposto nos Artigos 69.º e 80.º 3. Os exames complementares de diagnóstico e terapêutica, que constituem a parte objectiva do processo do doente, poderão ser-lhe facultados quando este os solicite, aceitando-se no entanto que

do Sul da Ordem dos Médicos, “a informação constante do ficheiro clínico é um direito do doente que em qualquer momento pode solicitar que lhe seja fornecida ou enviada a médico à sua escolha. *O ficheiro, em si, é propriedade do médico sendo a única forma de preservar a liberdade de transcrição e o registo de elementos de uso pessoal, e que o médico pretende salvaguardar de qualquer exposição de outra pessoa.*” Nas organizações complexas, públicas ou privadas, em que vários médicos registam no mesmo processo clínico, este é da responsabilidade do Director Clínico da instituição nos termos do Código Deontológico em vigor.”⁴³

Todavia, os novos ventos que sopram na medicina poderão vir a impor um reequacionamento do problema. A informação genética poderá conduzir a uma nova perspectiva da propriedade da informação de saúde e do processo clínico.

Com efeito, um novo argumento para a discussão prende-se com o facto de, actualmente, a nova medicina preditiva ou predizente impor a necessidade de tutela reforçada dos dados de saúde, em especial a informação genética, já que a informação de saúde se afirma como um objecto de exploração comercial.

Essa nova perspectiva pode justificar o regime inovador previsto na Lei n.º12/2005, de 26 de Janeiro (*Informação genética pessoal e informação de saúde*), que no seu artigo 3º, n.º 1 dispõe:

“A *informação de saúde*, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames de subsidiários, intervenções e diagnósticos, é *propriedade* da pessoa, sendo as *unidades do sistema de saúde* os *depositários* da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e investigação em saúde e outros estabelecidos em lei.”

Parece paradoxal que uma lei que mantém, como vimos, o regime conservador de *acesso indirecto* ao processo clínico afirme peremptoriamente que o utente é *proprietário da informação*. Assim, a ligação que DUPUY faz entre acesso directo e propriedade também não se verifica aqui.

Ademais, importa ter em conta a subtileza da Lei 12/2005: não se afirma que o paciente é proprietário do *dossier, qua tale*, mas sim da *informação de saúde*.

Na Sociedade da Informação em que vivemos, a informação de saúde, em especial a informação genética são um valor mercantil importante, pelo que as ameaças à *autodeterminação informacional* se fazem sentir com particular importância. Na nova economia – dominada pelo investimento na

o material a fornecer seja constituído por cópias correspondentes aos elementos constantes do Processo Clínico.”

⁴³ Vide www.ordemdosmedicos.pt

genética, na genómica, na sequenciação do genoma humano e suas aplicações médicas – as *informações de saúde* podem converter-se num “produto” apetecível.⁴⁴ Basta pensar nas bases de dados genéticos da Islândia, da Estónia ou de Taiwan, ou nos problemas levantados pelo já clássico caso *Moore*, decidido pelo Supremo Tribunal da Califórnia.⁴⁵

Assim sendo, compreende-se que, partindo da distinção entre processo clínico e informação de saúde, se defenda que esta última é *propriedade do paciente*.⁴⁶

Trata-se de uma opção legislativa controversa.⁴⁷

Por outro lado, o legislador parece não ter tomado em consideração a necessidade de conciliar os interesses do paciente com os interesses do médico e de terceiros.

Com efeito, a lei apenas admite que se *não* apresente todo o processo clínico em “*circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial*.”⁴⁸

Não parece, pois, ter em conta os interesses do *médico* e de *terceiros*, tal como acontece, por exemplo, na lei belga, que prescreve (art. 9, §2): “as anotações pessoais do profissional de saúde e os danos relativos a terceiros não entram no quadro do direito de consulta.”⁴⁹

Poderemos interpretar extensivamente essa excepção de forma a respeitar os interesses do médico de manter reserva sobre as suas anotações pessoais e a confidencialidade de informações de saúde de terceiras pessoas?

Se considerarmos que a pessoa tem o “direito de propriedade” sobre a sua informação de saúde – “*incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos*” – como

⁴⁴ Cfr. Francis FUKUYAMA, *Our Post-Human Future*, 2002.

⁴⁵ *Moore v. Regents of the University of California*, 793 P.2d 479 (Cal. 1990).

⁴⁶ Fica assim comprometido o entendimento tradicional segundo o qual o médico seria titular do direito de propriedade intelectual sobre as informações registadas. Cfr. MASON & Mc CALL SMITH, *Law and Medical Ethics*, p. 211. “...the ownership of the contained intellectual property – ie the copyright – is held by the person who has created the notes or his employer, an not by the subject of those notes.”

⁴⁷ O Código Deontológico, no art. 77.º, n.º 3 já distinguia a informação objectiva relativa ao paciente, prevendo que: “Os exames complementares de diagnóstico e terapêutica, que constituem a *parte objectiva do processo do doente*, poderão ser-lhe facultados quando este os solicite, aceitando-se no entanto que o material a fornecer seja constituído por cópias correspondentes aos elementos constantes do Processo Clínico.”

⁴⁸ Segundo o art. 3.º, n.º2: “O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado.

⁴⁹ Cfr. também o art. 18.3 lei espanhola de direitos dos pacientes (*Ley 41/2002*, de 14 de Novembro).

prescreve o n.º1 do art. 3.º, parece razoável afirmar que neste conceito não se incluem *informações de saúde relativas a terceiros*, nem as *anotações pessoais do médico*.

Esta interpretação faz jus à necessidade de “concordância prática” entre valores constitucionais conflitantes⁵⁰ e pode ser defendida à luz do art. 18.º, n.º2 da Constituição da República,⁵¹ na medida em que só assim se respeita o princípio da proporcionalidade e o respeito pelo “núcleo essencial”⁵² do *direito à intimidade da vida privada e familiar de terceiros* (art. 26.º, n.º1 CRP) e do próprio *médico*.⁵³

6. Conclusão

O cabal cumprimento dever de documentação constitui um dos pilares essenciais nos quais assenta a relação médico-paciente e encontra-se consagrado no direito português, nomeadamente no art. 77.º, n.º1, do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

Por toda a Europa, incluindo nos países latinos, vem-se confirmando o direito de acesso *directo* do paciente ao processo clínico, abandonando-se um certo paternalismo médico que ainda vigora em Portugal.

A questão da propriedade tem vindo a ser evitada pela maioria dos legisladores, mas alguns vão-se pronunciando (por exemplo, na Galiza e em Portugal) em sentidos divergentes. A doutrina deve tomar em consideração os dados da nova economia e da nova medicina, intimamente influenciados pelos avanços na genética, na genómica e na farmacogenética e compreender que a tese da *propriedade do paciente sobre a informação médica* talvez seja a que melhor protege o cidadão perante as ameaças que se vão fazendo sentir ao seu *direito à autodeterminação informacional*.

Finalmente, atrevemo-nos a avançar com uma interpretação do n.º 2 do art. 3.º da Lei 12/2005, de 26 de Janeiro, que visa conciliar os interesses e valores constitucionais em conflito, garantindo a protecção do direito à intimidade da vida privada e familiar de *terceiros* e do *próprio médico*.

⁵⁰ Ou, numa perspectiva juscivilística, a *colisão de direitos* que é regulada no art. 335.º do Código Civil: “1. Havendo colisão de direitos iguais ou da mesma espécie, devem os titulares ceder na medida do necessário para que todos produzam igualmente o seu efeito, sem maior detrimento para qualquer das partes.”

⁵¹ “A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos.”

⁵² Princípios da proibição do excesso e da salvaguarda do núcleo essencial, como ensina J. GOMES CANOTILHO, *Direito Constitucional*, Coimbra, Almedina, 1992, p. 628.

⁵³ Chamando à atenção do direito de personalidade do médico, LAUFS/ UHLENBRUCK, ob. Cit., p. 491, com indicações da jurisprudência alemã.

Resumo: Dever de documentação, acesso ao processo clínico e sua propriedade. Uma perspectiva europeia.

Neste texto apresentam-se os fundamentos, as finalidades e os objectivos que presidem ao dever de documentação dos médicos. Estuda-se o regime de vários ordenamentos jurídicos europeus de acesso ao processo clínico, verificando-se que a maioria das legislações admite o acesso directo do doente ao processo. Relativamente à questão da propriedade do processo clínico, observa-se hoje uma nova compreensão da questão, na medida em que a informação de saúde carece de cautelas suplementares de protecção face aos avanços da genómica, pelo que, em Portugal, a Lei 12/2005, de 26 de Janeiro, outorgou a propriedade da informação de saúde ao paciente, sendo as unidades do sistema de saúde meras depositárias do processo clínico.

Palavras-chave: processo clínico; acesso à ficha clínica; propriedade do processo clínico.

Abstract: Documentation duty, access to medical file and its ownership. A European outlook.

This paper discusses the reasons, goals and objectives of the doctor's duty to register. Secondly, the system of access to medical records in different European countries is analysed. Increasingly the patient has the right to access directly to his/her medical file. Finally, taking into consideration the challenges of genomics, a new perspective of the ownership of medical files is discussed. In that respect, recent Portuguese law (Law 12/2005, 26 January) states that medical information is owned by the patient.

Key-words: medical data; access to medical file; ownership of medical records.

Résumé: Devoir de documenter, accès au dossier médical et la propriété du dossier médical. Une approche européenne.

Les fondements, les finalités et les objectifs du devoir de documentation sont présentés. Plusieurs ordres juridiques européens sont analysés concernant le régime d'accès au dossier médical. De plus en plus, on admet l'accès direct et immédiat du patient au dossier médical. Concernant la propriété du dossier médical, il y a une nouvelle tendance que dérive des menaces de la génomique. Au Portugal, après la Loi no. 12/2005 (du 26 janvier), la propriété de l'information médicale est attribuée au patient, tandis que l'unité du système de santé est seulement le dépositaire du dossier.

Mots-clés: dossier médical, accès au dossier médical ; propriété du dossier médical.

Pedido de separatas:

ANDRÉ PEREIRA

Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Pátio da Universidade

3004-545 Coimbra

andreper@fd.uc.pt

Baremos en valoración del daño corporal

Baremo español*

Eugenio Laborda Calvo¹

Nos vamos a referir a la regulación de la Valoración del Daño Corporal, mediante baremos, basada en la ley 30/95, posteriormente 34/2.003 y Real Decreto Legislativo 8 /2.004, en la actualidad; habremos de remontarnos previamente a al periodo anterior a promulgación de la Ley 30/95 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Entra, siempre, la tentación de realizar una introducción sobre la historia de la valoración del daño corporal

La historia de la valoración del daño corporal, comienza en el año 2.050 antes de Cristo, con la Ley de Ur Nammu o Tablas de Nippur (Sumerias), considerada como el baremo más antiguo del mundo de incapacidades; siendo la reparación proporcional al valor perdido. Si bien el primer tratado completo corresponde al Código de Hammurabi, artículos 196 a 201, año 1.750 antes de Cristo, basado en la Ley del Talión; donde se trata la reparación del daño físico, haciendo distinción entre el hombre libre o liberto, donde se aplica la Ley del Talión, el villano, donde la indemnización se realiza por cantidad fija a tanto alzado y el esclavo, donde se compensa en función del valor del esclavo. En el pueblo Hitita existen las Tablas de Bognazkeny, semejantes a las de Nippur.

Las Tablas de Moisés, en el año 1.500 a 600 a. C., artículos 215 a 227; donde se establecen unas normas y unos precios (principio de la reparación) (Borobia 1.989 y Dérobert 1.986) pensados para el médico en el ejercicio de su profesión. En Melanesia, se sigue la Ley del Talión, términos como Lugwe (venganza privada) o Lule (rescate del dolor) nos indican que había que

* Palestra apresentada no VI Congresso Luso-Espanhol de Avaliação do Dano Corporal, Setembro 2006, Coimbra, Portugal.

¹ Presidente da Sociedade Espanhola de Avaliação do Dano Corporal

indemnizar (Hinojal 1.996). Siguiendo esta misma ley se valora en Africa Central, donde se valora el dolor y el sufrimiento afectivo. San Judas en el Michna judío, cita las leyes existentes en períodos anteriores y de zonas vecinas. Sin olvidar que en las propias Sagradas Escrituras se recogen referencias a la evaluación e indemnización de daños. Es aquí donde se contempla la primera referencia histórica al daño estético, libro el Exodo, XX1, 18 y siguientes, por ser un bien protegido necesario para completar la belleza espiritual imprescindible para presentarse ante Dios (Hernández Cueto, 1.995). En el Levítico, se encuentran referencias más específicas a la deformidad (capítulo XIX, 28). Así mismo la Ley del Talmud, contiene amplias referencias, bajo los títulos hebraicos de Nezihim y Rhalabah. Tratado de NEZIKIN de Babilonia, que comprende cinco apartados:

- a) El daño propiamente dicho (nezek) y la evolución.
- b) El dolor (Tsaar).
- c) La curación (Rippoui) establece la obligación de reparar por parte del responsable el daño y sus consecuencias laborales.
- d) El desempleo (Chevet).
- e) La humillación (Bochet) correspondería al daño afectivo.

En China, hacia el año 1.100 a 1.200 a. de C., aparece el S'Yuan, redactada por el juez Sang T'Zu, donde se estudian las lesiones y las actuaciones de los médicos ante los Tribunales de Justicia.

En Grecia, Atenas, se distinguía el daño involuntario (culposo) del daño intencionado (doloso), este se valoraba en el doble. Leyes de Platón, a quien se debe la indemnización del daño estético, Libro IX de Leyes. También es aquí, en Grecia, donde aparece la primera organización de ayuda al minusválido; se definía lo que se consideraba inválido (cobraba tres minas de oro), le pagaba el Estado en forma de renta; apareciendo el primer informe para la defensa de las personas inválidas (Hinojal 1.996). Se sabe por Esquines y Demóstenes que los médicos comparecían como testigos ante los jurados para dar su parecer sobre la existencia y la gravedad de las heridas (Hernández Cueto 1.995).

Las Leyes Romanas, Ley de las XII Tablas, en la VIII se admite la Ley del Talión, aparece el perjuicio del honor. Si bien en un principio se mantuvo la influencia vengativa de las leyes de Oriente, se desarrolla más adelante, la posibilidad de escapar de la venganza mediante el pago de una cantidad. Ley Aquilea, donde se expresa que el valor del hombre libre no tiene precio y sí el esclavo que se debe indemnizar según su valor. En el año 415 a. de C. Se adquiere forma jurídica en el año 482-565. con Justiniano y su reforma de las leyes y la promulgación del Corpus Iuris Civilis, siglo VI, fundamental-

mente en el Digesto, donde se recogen las disposiciones sobre las lesiones, la reparación del daño corporal, se valora el perjuicio patrimonial y el extrapatrimonial, así mismo se contempla el estado físico anterior y el final del lesionado, la cualificación profesional y la noción de incapacidad temporal.

Se conserva como primera referencia escrita, de la intervención de un médico en una valoración del daño corporal un documento datado en Egipto en el año 130 d. de C.

Posteriormente surgen las Leyes Bárbaras (siglos V, VI y VII). Lex Sállica, Lex Baiuvariorum, Lex Alamannorum, Lex Burgundionum, el Edicto de Teodorico, el Edicto del Rey Lotario, la Lex Romana Utinensis, la Lex Ripuaria, la Lex Gombette y la Lex Frisionum, entre otras.; estableciendo indemnización del agresor a la víctima (Wergeld) y la aparición de baremos de asignación de lesiones. El Derecho Visigodo, consta de cuatro Códigos, el de Eurico, Leovigildo, Gaudencianos y el de Alarico II y un código de carácter territorial el Liber Iudiciorum.

En el Derecho Musulmán, se aplica la Ley del Talión (Kisas) entre castas y el Rescate de Penas (Dijah); se encuentra recogido en el Corán y la suna (base histórica), el ichmá (base dogmática) y el quiyás (base lógica), quinto sura versículo 42 y 49.

Perdurando tratados de la época como el Scheik Nedjm el Dim, baremo de incapacidades muy completo y el Zand Avesta, atribuido a Zaratrusta (siglo VI d.C.) contiene penas aflictivas y multas. Subrayando el Código de Manon, que consagra la impureza de los inválidos que les excluye derecho de herencia, dejando exclusivamente el derecho moral a la limosna (Criado del Río 1.999).

Aparece, en Francia, siglo XI y XII la figura del perito médico, ya indicada en la Ley Sállica en el siglo V y referencias en las leyes Normandas siglo XIII; posteriormente por Carlomagno en sus capitulaciones; Godofredo de Bullón en el código de Jerusalén en el año 1.100; Canuto I rey de Dinamarca, Inglaterra y Noruega; el Papa Inocencio III, quien se acompañaba de médicos peritos en la valoración de lesionados, el Papa Gregorio IX en las Decretales, exigía la opinión médica en los casos de lesiones, en Francia en los siglos XI y XII y en las leyes normandas del siglo XIII para la revisión y valoración de lesiones.

En el Renacimiento, hito Histórico la Constitutio Criminales Carolina, promulgada por el emperador Carlos en el 1532, afianzando al médico como participante fundamental en los asuntos jurídicos, se constituye la Medicina Legal.

En España, por esas fechas año 1.156-1.164, se promulga el Fuero de León donde se contempla la reparación de lesiones mediante un precio. En el Fuero Viejo de Castilla, año 1.250, se crea el primer baremo español

de indemnizaciones basándose en el Fuero Juzgo del siglo XIII, para la valoración de las lesiones por su topografía y no por su importancia. En el reino de Aragón, siglo XIII existen referencias sobre la existencia de peritos encargados de realizar valoraciones a lesionados y posteriormente el rey Jaime I el Conquistador nombra médicos para la práctica de pericias de heridos. Carlos I en el año 1.532, publica la Constitución Carolina, donde se confirma la existencia de médicos auxiliares de la Administración de Justicia. En España aparece la figura de Fragoso, que estudia el pronóstico médico legal. La obra de Zacchia, siglo XVIII, primer tratado moderno de Medicina Legal.

En la Historia de la Piratería Gosse, describe las compensaciones acordadas acerca de las heridas sufridas en combate, equivalencia de los que las compañías de seguros realizan en la actualidad. La Revolución Francesa, Napoleón y su Código Civil, marcan “que todo hombre que cause daño a otro, tiene el deber de repararlo”. Los primeros baremos franceses son de fecha 23 de julio de 1.887, establecidos por el Ministerio de la Guerra, existían 66 invalideces repartidas en 6 clases, estando las lesiones estimadas en porcentajes.

Siglo XIX con el Positivismo Naturista (siglo XIX) se crea en España el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses; así mismo tiene origen la Medicina del Trabajo.

En España fue en el año 1.900, por el Reglamento de 28 de julio de 1.900; en el que el Gobierno redacta un reglamento de incapacidades para el trabajo. En el año 1.903, se publica el Reglamento de 8 de julio de 1.903 donde se describe un tipo de baremo, que se encontraba en vigor por el Decreto de 22 junio de 1.956.

Siglo XX, desarrollo de la medicina, modificación de los conceptos de salud, se acepta la trascendencia del perjuicio estético, nace el concepto del perjuicio del desagravio, se estudian los daño morales, el dolor, el perjuicio sexual, etc.

Mucho se ha ido evolucionando en el tema de la valoración del daño corporal, hasta nuestros días; ya son conocidos los diferentes cambios en el orden jurídico, el nuevo código penal, la orden ministerial del año 1.991 y la actual ley 30 /95 de 30 de noviembre de 1.995, sobre ordenación y supervisión de los seguros privados y su tan traído y llevado baremo de la tabla VI.

En el presente siglo XXI, la modificación de la tabla VI, promulgada en la Ley 34/2.003, con la publicación de las normas de utilización. Finalmente, el Real Decreto legislativo 8/2.004 de 29 de octubre.

La evolución de la valoración en España, del uso de un Baremo ha ido progresando hasta la situación actual, desde un punto de partida en el que

no se disponían de elementos de aceptación más o menos general, hasta el actual Baremo de uso obligatorio.

La base jurídica para la valoración de los daños y perjuicios causados en accidentes de circulación de vehículos a motor, se encuadra en la reparación del daño y su responsabilidad, en el artículo 1.902 del Código Civil español “El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”. Nos encontramos con dos aspectos:

- Interpretación restrictiva de la culpa, invirtiendo la carga de la prueba; presuponiendo la culpa del conductor. Debiendo, para evitar la pena, demostrar, acreditar que la causa del accidente has ido exclusivamente por la conducta de la propia víctima o o causa de fuerza mayor.
- Consideración de una legislación específica para la responsabilidad civil, derivada del uso y circulación de vehículos a motor; Ley 30/95 de Ordenación y Supervisión de los Seguros privados, modificada por la Ley 304/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados, y en la actualidad Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

La ley 30/95, introduce modificaciones frente a la legislación anterior. En el artículo I se describe el concepto de Responsabilidad Civil, precisando los términos, reconoce la concurrencia de la víctima; tanto para moderar, graduar la responsabilidad del conductor como para atemperar la indemnización en la función del porcentaje que pudiera considerarse de participación de la víctima en el accidente sufrido. Introduce un sistema de valoración de los daños, de los perjuicios causados a las personas. Siendo de obligado cumplimiento y aplicación como base para la reparación de los daños. El sistema de valoración, al ser integrante de una ley, tiene el carácter de vinculante y de utilización obligatoria en los juzgados y tribunales. Este carácter vinculante y obligatorio, afianza de forma más ágil y equitativa el cumplimiento de las prestaciones del seguro de responsabilidad civil; esencial en su trascendencia y con su finalidad de marcado carácter social; tendiendo a la protección de las víctimas. Es rápida, porque permite las transacciones extrajudiciales. Es equitativa, porque sentado el anterior concepto, sobre la prestación, la indemnización, evita la subjetividad en la determinación de las cuantías indemnizatorias.

Cuando en el año 1.983 inicio mi actividad dentro de una compañía de seguros (Agrupación Mutua Aseguradora, A.M.A.) la situación era absolu-

tamente divergente de la que nos encontramos en la actualidad; ya que no existía ninguna norma a la que referirse o tomar como guía, permitiendo la mas absoluta de las subjetividades. Durante la década de los años 70 se inicia un aumento muy sustancial de las indemnizaciones judiciales concedidas en accidentes de circulación; con una gran disparidad de criterios Era conocido en el empeño de una compañía (Mapfre) en lograr un método, encaminado a conseguir los acuerdo transaccionales, liquidando el siniestro sin esperar a la resolución judicial.

Se publicó en el año 1.984 un manual de Valoración del Daño Corporal, expresión del desarrollo de unos criterios de actuación en la determinación de la indemnización, tratando de garantizar la equidad de los acuerdos transaccionales. Contenía un Baremo indicativo para la determinación de indemnizaciones por incapacidad permanente. Estaba basado en el Cuadro de Lesiones y Enfermedades Anexo al Reglamento del Benemérito Cuerpo de Mutilados (R.D. 712/ 77 de 1 de abril; B.O.E. de 25-26 de abril de 1.977), así mismo contenía tablas de indemnizaciones básicas y factores de corrección.

Considerar como otra de las fuentes del Baremo, la publicación de las Tablas de Evaluación del Menoscabo Permanente. Asociación Médico Americana (A.M.A.) B.O.E. 16-17 de marzo de 1.984, Orden Ministerial de 6 de marzo de 1.984. igualmente el Baremo Funcional de Incapacidades Permanentes de Louis Melennec y el Baremo Funcional Indicativo de Incapacidades en Derecho Común; publicado con Anexo nº 6 en el libro Reparación del Daño Corporal, Metodología en Derecho Común de C. Rousseau y S. Brousseau.

En el año 1.987 (Disposición Final cuarta del RD 2641/1986, de 30 de Diciembre, por el que se aprueba el Reglamento del seguro de responsabilidad civil derivada del uso y circulación de vehículos de motor) se publica la ORDEN de 17/03/1987 por el Organismo: M. DE ECONOMIA Y HACIENDA, Fecha BOE: 24/03/1987 por el que se aprueba el Baremo de Indemnizaciones de los daños corporales a cargo del seguro de responsabilidad civil derivada del uso y circulación de vehículos a motor, de suscripción obligatoria. En el se hacia constar que: Ante la dificultad que supone la clasificación de todas las lesiones que puede ocasionar un accidente de circulación, se ha optado por mantener distintas categorías de invalidez y asignar a cada una de ellas una indemnización, de forma tal, que puedan clasificarse las lesiones atendiendo a su gravedad y demás circunstancias de la víctima. La indemnización total vendrá dada, en definitiva, por el valor fijado para cada una de las categorías de incapacidades tradicionalmente reconocidas, y siempre con el limite maximo de cobertura vigente.

Se trataba de un baremo meramente orientativo, a diferencia del actual que es vinculante, y además referido tan solo al seguro obligatorio de automóviles. Establecía una indemnización con el límite máximo de 2.000.000.-Ptas. Por víctima que incluía

- Una indemnización por incapacidad temporal de la víctima para su trabajo habitual hasta un máximo de 1.600.-Ptas. Por día de baja durante el plazo de dos años.
- Una indemnización por gran invalidez o incapacidad permanente de la víctima, que se graduará según su naturaleza y con arreglo al baremo que como anexo, se une a la Orden.
- Una indemnización por víctima cuando se produzca su muerte.
- Se establecía también la cobertura por la Entidades aseguradoras de los gastos de asistencia médica y hospitalaria si se presta en Centros Sanitarios reconocidos y si no con un límite de 100.000.-Pesetas.

Dicha orden incluía un anexo con un baremo bastante escueto de lesiones y secuelas.

Posteriormente se elevó (siempre dentro de la órbita del seguro obligatorio) a 8.000.000.-Ptas. por víctima el límite cuantitativo de cobertura de los daños corporales, y 2.200.000.-Ptas. por daños materiales. A partir del 31 de Diciembre de 1.988.

En el año 1.988 se consideró necesario profundizar en la valoración de secuelas y confeccionar un nuevo baremo de incapacidades permanentes; fruto del estudio y recopilación del cuadro de lesiones y enfermedades, así como de los tres baremos con entidad científica, útiles para la elaboración de un baremo práctico

- Tablas de Evaluación del Menoscabo Permanente. Asociación Médico Americana (A.M.A.) B.O.E. 16-17 de marzo de 1.984, Orden Ministerial de 6 de marzo de 1.984.
- Baremo Funcional de Incapacidades Permanentes de Louis Melenec
- Baremo Funcional Indicativo de Incapacidades en Derecho Común; publicado con Anexo nº 6 en el libro Reparación del Daño Corporal, Metodología en Derecho Común de C. Rousseau y S. Brousseau. Concours Medical.

RESOLUCION DE 1 DE JUNIO DE 1.989 DE LA DIRECCION GENERAL DE SEGUROS, por la que se aprueba el baremo de indemnización de

los daños corporales a cargo del Seguro de Responsabilidad Civil derivada del uso y circulación de vehículos de motor, de suscripción obligatoria.

Al igual que el anterior baremo éste también era meramente orientativo y con la misma estructura que el anterior, distinguiendo entre

- a) Gran Invalidez 5.600.000. -Ptas.
- b) Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo 4.600.000. -Ptas.
- c) Incapacidad Permanente total para la profesión o actividad habitual 4.200.000. -Ptas.
- d) Incapacidad permanente parcial donde distinguía siete categorías con una valoración en horquilla de cada una de ellas.
- e) Incapacidad Temporal de la víctima para su trabajo habitual de 4.000. -Ptas. por cada día de baja, durante un plazo máximo de dos años.

El citado baremo se aplicaba a los siniestros ocurridos con posterioridad al 31 de Diciembre de 1.988.

Durante el año 1.989, se aportó a un grupo de trabajo organizado por ICEA y auspiciado por UNESPA; los estudios y trabajos realizados por MAPFRE, así como los antecedentes ya mencionados; apoyado así mismo por el Instituto de Toxicología del Ministerio de Justicia culminando con la aportación de la Comisión del Automóvil de S.E.A.I.D.A., presidido por el Presidente de la Sala Segunda del Tribunal Supremo, entonces; D. Enrique Ruíz Vadillo; grupo de trabajo creado con la finalidad de sugerir criterios o principios de valoración de los daños personales; que pudieran servir de orientación a las compañías aseguradoras y a los jueces y magistrados que redactó y publicó un sistema de valoración aplicable a los daños personales derivados de accidentes de tráfico, Baremo ICEA 1.990 (Criado del Río). Este sistema fue publicado "Criterios para la Valoración de los Daños personales (SEAIDA 91)

ORDEN DE 5 DE MARZO DE 1.991 DEL MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA. En la propia introducción de dicha Orden se establece que es un documento orientador sobre indemnizaciones al que se ha denominado Sistema para la valoración de daños personales derivados de accidentes de circulación. Sistema recomendado como criterio orientador para la valoración de los daños personales derivados de accidentes de circulación.

Es decir que dicho sistema también era orientativo, pero sin embargo no iba dirigido exclusivamente a la órbita del Seguro Obligatorio de Automóviles, convirtiéndose en un sistema de valoración de los daños personales derivados de los accidentes de circulación. En dicho baremo se distinguen 6 tablas:

- **Tabla I** Indemnizaciones básicas por muerte. Comprende el detalle de las indemnizaciones por muerte en función al número y características de los beneficiarios y a la edad de la víctima. Dichas indemnizaciones se basaban en el S.M.I. y la actualización de las indemnizaciones dependía del mismo.
- **Tabla II** Factores de corrección para la valoración de las indemnizaciones por muerte.
En dicha tabla se toman en consideración los perjuicios económicos, las circunstancias familiares especiales (minusvalía del perjudicado o heredero, que la víctima fuese hijo único, fallecimientos de ambos padres, fallecimiento de embarazada con pérdida del feto) Circunstancias sociales u ocupacionales relevantes de la víctima y Criterios jurídicos sobre la concurrencia de la propia víctima en la producción del accidente.
- **Tabla III.** Valores del punto para determinar las indemnizaciones básicas por incapacidades permanentes. Dicha tabla contiene los valores del punto en pesetas por puntos para determinar las indemnizaciones básicas por incapacidades permanentes cuya puntuación se establece en la tabla VI. Distinguiéndose por tramos de edades, la cuantificación de los mismos.
- **Tabla IV.** Factores de corrección para la valoración de las indemnizaciones por incapacidades permanentes. Incluye los perjuicios económicos, los perjuicios morales y de disfrute o placer, necesidad de ayuda de otra persona, Criterios jurídicos e incapacidades anteriores o ajenas al accidente, todo ello con aplicación de una serie de porcentajes.
- **Tabla V.** Valoración económica de la incapacidad temporal compatible con la indemnización por incapacidad permanente. En dicha tabla se incluye una serie de factores de corrección atendiendo a la pérdida neta de ingresos económicos por la incapacidad temporal.
- **Tabla VI.** Recoge cada una de las secuelas, clasificadas en diferentes grupos que atienden a la distribución anatómica, y los puntos que se asignan a cada una de ellas.

Hay que destacar que el sistema de puntuación es de 0 a 100 donde 100 es el valor máximo asignable a la mayor secuela resultante, y que cada secuela contiene una puntuación mínima y otra máxima.

El propio sistema nos indicaba que la puntuación adecuada al caso concreto se establecerá teniendo en cuenta las características específicas de la secuela en relación con el grado de limitación o pérdida de la función que haya sufrido el miembro u órgano afectado.

Por otro lado introduce una fórmula de puntuación conjunta cuando el lesionado resulte con diferentes secuelas derivadas del mismo accidente: (Fórmula de Balthasard)

$$\frac{(100 - M) \times m}{100} + M$$

M = Puntuación de mayor valor

m = Puntuación de menor valor

Si en las operaciones aritméticas se obtuvieran fracciones decimales se redondeará a la unidad más alta. Si son dos o más secuelas concurrentes se continuará aplicando esta fórmula y el término M se corresponderá con el valor del resultado de la primera operación realizada. En cualquier caso la puntuación resultante no podrá ser superior a 100 puntos. Si además de las secuelas permanentes se valora el perjuicio estético, los puntos por este concepto se sumarán aritméticamente a los resultantes de las incapacidades permanentes, sin aplicar respecto a aquellos la indicada fórmula.

Estos eran los baremos existentes en España hasta la entrada en vigor de la Ley 30/95.

El sistema de la Orden Ministerial el año 91, estuvo vigente, durante 4 años, convenciendo a los legisladores sobre la necesidad de publicar un nuevo baremo, conservando la estructura del anterior. Este baremo del año 91, de referencia u optativo había contribuido a homogeneizar las valoraciones médico legales y la reparación del daño a las personas, facilitó los acuerdos extrajudiciales de reparación de daños, igualmente fue utilizado por algunos juzgados como instrumento con carácter orientativo para calcular las indemnizaciones por responsabilidad civil derivada de un hecho lesivo. Como dice la Profesora Criado, “al ser un sistema no obligatorio, deja entera libertad a todos los implicados en este sector, conocedores de la materia y que querían aportar soluciones lo más justas y equitativas posibles”.

Este nuevo sistema, necesitó de un estudio profundo, técnico y jurídico, médico, a fin de corregir errores; ya que se concebía como un baremo abierto y con posibilidades de cambio

La ley 30/95 de Ocho de Noviembre se publicó en el B.O.E. el día 9 de Noviembre de 1995 y según la misma su entrada en vigor sería al día siguiente por lo que dicha ley se encuentra en vigor desde el día 10 de Noviembre de 1.995. Dado que la citada Ley no contiene disposiciones transitorias sobre la

aplicación de la misma, se planteó en un inicio si dicha ley sería retroactiva o no. Es decir si se aplicaría solo a los accidentes de circulación acaecidos a partir del día 10 de Noviembre de 1,995 o si podría aplicarse también a los acaecidos con anterioridad a dicha fecha.

Obligatoriedad de la misma. En la Exposición de motivos de la Ley 30/95 se nos dice que: “Este sistema indemnizatorio se impone en todo caso, con independencia de la existencia o inexistencia de seguro y de los límites cuantitativos del aseguramiento obligatorio.” Principal característica de la ley, que convierte a España en el primer país europeo que imponía la utilización de un sistema de valoración de daños.

En el artículo Primero 1 del Anexo donde se contiene el Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación se dice: “ El presente sistema se aplicará a la valoración de todos los daños a las personas ocasionados en accidente de circulación, salvo que sean consecuencia de delito doloso”.

La Ley 30/95 de 8 de noviembre, Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, B.O.E. de 9 de noviembre de 1.995, Disposición Final Octava, “Modificaciones en la ley de uso y circulación de vehículos a motor, se modifica cambiando a denominarse Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la circulación de vehículos a motor. Estas modificaciones que se introducen, adaptan la normativa española a las Directivas comunitarias, Directiva 90/618/CEE del Consejo de 8 de noviembre y Tercera Directiva 90/232/CEE del Consejo de 14 de mayo, aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre el seguro de responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos (B. de Benito 1.998)

El sistema, el baremo, cumple con los condicionamientos de la Resolución 75/7 del Comité de Ministros del Consejo de Europa /(14/4/75) relativa a la reparación de daños en caso de lesiones corporales, muerte: (J. Alonso)

- principio de restitutio in integrum
- desglose de la indemnización por partidas razonadas en función del perjuicio y evitando la concesión de una cuantía global que impida su revisión y su crítica.

Los criterios para la determinación de la responsabilidad y de la indemnización

1. El presente sistema se aplicará a la valoración de todos los daños a las personas ocasionados en accidente de circulación, salvo que sean consecuencia de delito doloso.

2. Se equiparará a la culpa de la víctima el supuesto en que, siendo ésta inimputable el accidente sea debido a su conducta o concurra con ella a la producción del mismo.

3. A los efectos de la aplicación de las tablas la edad de la víctima y de los perjudicados y beneficiarios será la referida a la fecha del accidente.

4. Tienen la condición de perjudicados, en caso de fallecimiento de la víctima, las personas enumeradas en la tabla I y, en los restantes supuestos, la víctima del accidente.

5. Darán lugar a indemnización la muerte, las lesiones permanentes, invalidantes o no, y las incapacidades temporales.

6. Además de las indemnizaciones fijadas con arreglo a las tablas, se satisfarán en todo caso los gastos de asistencia médica y hospitalaria y además, en las indemnizaciones por muerte, los gastos de entierro y funeral.

7. La cuantía de la indemnización por daños morales es igual para todas las víctimas y la indemnización por los daños psicofísicos se entiende en su acepción integral de respeto o restauración del derecho a la salud. Para asegurar la total indemnidad de los daños y perjuicios causados se tienen en cuenta, además, las circunstancias económicas, incluidas las que afectan a la capacidad de trabajo y pérdida de ingresos de la víctima, las circunstancias familiares y personales y la posible existencia de circunstancias excepcionales que puedan servir para la exacta valoración del daño causado. Son elementos correctores de disminución en todas las indemnizaciones, incluso en los gastos de asistencia médica y hospitalaria y de entierro y funeral, la concurrencia de la propia víctima en la producción del accidente o en la agravación de sus consecuencias y, además, en las indemnizaciones por lesiones permanentes, la subsistencia de incapacidades preexistentes o ajenas al accidente que hayan influido en el resultado lesivo final; y son elementos correctores de agravación en las indemnizaciones por lesiones permanentes la producción de invalideces concurrentes y, en su caso, la subsistencia de incapacidades preexistentes.

8. En cualquier momento podrá convenirse o acordarse judicialmente la sustitución total o parcial de la indemnización fijada por la constitución de una renta vitalicia en favor del perjudicado.

9. La indemnización o renta vitalicia sólo podrán ser modificadas por alteraciones sustanciales en las circunstancias que determinaron la fijación de las mismas o por la aparición de daños sobrevenidos.

10. Anualmente, con efectos de primero de enero de cada año y a partir del año siguiente a la entrada en vigor de la presente Ley, deberán actualizarse las cuantías indemnizatorias fijadas en el presente anexo y, en su

defecto, quedarán automáticamente actualizadas en el porcentaje del índice general de precios al consumo correspondiente al año natural inmediatamente anterior. En este último caso y para facilitar su conocimiento y aplicación, por Resolución de la Dirección General de Seguros se harán públicas dichas actualizaciones.

11. En la determinación y concreción de las lesiones permanentes y las incapacidades temporales, así como en la sanidad del perjudicado, será preciso informe médico.

Explicación del sistema.

a) Indemnizaciones por muerte (tablas I y II).

Tabla I.

Comprende la cuantificación de los daños morales, de los daños patrimoniales básicos y la determinación legal de los perjudicados, fijando los criterios de exclusión y concurrencia entre los mismos.

Para la determinación de los daños se tienen en cuenta el número de los perjudicados y su relación con la víctima, de una parte, y la edad de la víctima, de otra.

Las indemnizaciones están expresadas en miles de pesetas.

Tabla II.

Describe los criterios a ponderar para fijar los restantes daños y perjuicios ocasionados, así como los elementos correctores de los mismos. A estos efectos, debe tenerse en cuenta que tales daños y perjuicios son fijados mediante porcentajes de aumento o disminución sobre las cuantías fijadas en la tabla I y que son satisfechos separadamente y además de los gastos correspondientes al daño emergente, esto es, los de asistencia médica y hospitalaria y los de entierro y funeral.

Los factores de corrección fijados en esta tabla no son excluyentes entre sí, sino que pueden concurrir conjuntamente en un mismo siniestro.

b) Indemnizaciones por lesiones permanentes (tablas III, IV y VI).

La cuantía de estas indemnizaciones se fija partiendo del tipo de lesión permanente ocasionado al perjudicado desde el punto de vista físico o funcional, mediante puntos asignados a cada lesión (tabla VI); a tal puntuación se aplica el valor del punto en pesetas en función inversamente proporcional a la edad del perjudicado e incrementado el valor del punto a medida que

aumenta la puntuación (tabla III); y, finalmente, sobre tal cuantía se aplican los factores de corrección en forma de porcentajes de aumento o reducción (tabla IV), con el fin de fijar concretamente la indemnización por los daños y perjuicios ocasionados que deberá ser satisfecha, además de los gastos de asistencia médica y hospitalaria.

Tablas III y VI.

Se corresponden, para las lesiones permanentes, con la tabla I para la muerte. En concreto, para la tabla VI ha de tenerse en cuenta:

– Sistema de puntuación:

Tiene una doble perspectiva. Por una parte, la puntuación de cero a 100 que contiene el sistema, donde 100 es el valor máximo asignable a la mayor lesión resultante; por otra, cada lesión contiene una puntuación mínima y otra máxima.

La puntuación adecuada al caso concreto se establecerá teniendo en cuenta las características específicas de la lesión en relación con el grado de limitación o pérdida de la función que haya sufrido el miembro u órgano afectado.

La tabla VI incorpora a su vez, en su capítulo 1, apartados “Sistema ocular” y “Sistema auditivo”, unas tablas en las que se reflejan los daños correspondientes al lado derecho de los órganos de la vista y del oído en los ejes de las abscisas. Los del lado izquierdo de estos órganos, en el eje de las ordenadas. Por tanto, con los datos contenidos en el informe médico sobre la agudeza visual o auditiva del lesionado después del accidente se localizarán los correspondientes al lado derecho, en el eje de las abscisas, y los del lado izquierdo, en el eje de las ordenadas. Trazando líneas perpendiculares a partir de cada uno de ellos, se obtendrá la puntuación de la lesión, que corresponderá a la contenida en el cuadro donde confluyan ambas líneas. La puntuación oscila entre 1 y 85 en el órgano de la visión, y de 1 a 60 en el de la audición.

– Incapacidades concurrentes:

Cuando el perjudicado resulte con diferentes lesiones derivadas del mismo accidente, se otorgará una puntuación conjunta, que se obtendrá aplicando la fórmula siguiente:

$$\frac{(100 - M) \times m}{100} + M$$

M = Puntuación de mayor valor.

m = Puntuación de menor valor.

Si en las operaciones aritméticas se obtuvieran fracciones decimales se redondeará a la unidad más alta. Si son más de dos las lesiones concurrentes, se continuará aplicando esta fórmula, y el término “M” se corresponderá con el valor del resultado de la primera operación realizada.

En cualquier caso, la última puntuación no podrá ser superior a 100 puntos.

Si además de las secuelas permanentes se valora el perjuicio estético, los puntos por este concepto se sumarán aritméticamente a los resultantes de las incapacidades permanentes, sin aplicar respecto a aquéllos la indicada fórmula.

Tabla IV.

Se corresponde con la tabla II de las indemnizaciones por muerte y le son aplicables las mismas reglas, singularmente la de posible concurrencia de los factores de corrección.

c) Indemnizaciones por incapacidades temporales (tabla V).

Estas indemnizaciones serán compatibles con cualesquiera otras y se determinan por un importe diario (variable según se precise, o no, estancia hospitalaria) multiplicado por los días que tarda en sanar la lesión y corregido conforme a los factores que expresa la propia tabla.

Tabla VI Clasificación y valoración de secuelas.

Consta de nueve capítulos, con distribución anatómica:

- Capítulo 1: Cabeza. 130 secuelas
- Capítulo 2: Tronco. 143 secuelas
- Capítulo 3: Cintura escapular y Extremidad Superior. 122 secuelas.
- Capítulo 4: Cadera y Extremidad Inferior. 125 secuelas
- Capítulo 5: Aparato Cardiovascular. 22 secuelas.
- Capítulo 6: Sistema Nervios Central. 47 secuelas.
- Capítulo 7: Sistema nervioso Periférico. 33 secuelas
- Capítulo 8: Sistema Endocrino. 6 secuelas
- Capítulo Especial: Perjuicio Estético. 6 secuelas.

Se describen las secuelas otorgándose un porcentaje desde un mínimo hasta un máximo de 100, que el uso ha transformado en puntos. Esa asignación de “puntuación” se realiza teniendo en cuenta las características específicas, según intensidad, gravedad, desde un punto de vista clínico.

Los primeros ocho capítulos describen las secuelas anatómicas y/o funcionales, tanto físicas como psíquicas; siendo el capítulo especial el dedicado

al Daño Estético. Cuando el lesionado, presenta diferentes secuelas derivadas del mismo accidente, la puntuación conjunta se obtendrá mediante la aplicación de la fórmula de Balthasard, ya mencionada con anterioridad. Si además se valora el daño estético, los puntos asignados se sumarán aritméticamente a los resultantes de la incapacidad permanente.

La última puntuación no podrá ser superior a 100. La redacción de la Ley provoca la duda de si en estos casos la puntuación puede ser superior a 100 o si la puntuación máxima en todo tipo de situaciones tiene que ser como máximo 100. Cuando la Ley explica el sistema de puntuación, que es el mismo que el anterior sistema, con la fórmula ponderada, señala que en cualquier caso, la última puntuación no podrá ser superior a 100 puntos.

Sin embargo después añade un último párrafo donde se indica que si además de las secuelas permanentes se valora el perjuicio estético, los puntos por este concepto se sumarán aritméticamente a los resultantes de las incapacidades permanentes, sin aplicar respecto a aquellos a indicada fórmula. Por lo que algunos autores entienden que si se puede sobrepasar el límite de 100 puntos cuando concurre el perjuicio estético. Y otros sin embargo que no se puede rebasar los 100 puntos.

La Ley establece un sistema de indemnización global, ya que según se desprende de su Art. 1.2 “Los daños y perjuicios causados a las personas, comprensivos del valor de la pérdida sufrida y de la ganancia que hayan dejado de obtener, previstos, previsibles o que conocidamente se deriven del hecho generador, incluyendo los daños morales, se cuantificaran en todo caso con arreglo a los criterios y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el anexo de la presente ley (Baremo). La actividad del médico ante el sistema de valoración se hace patente en la presente Ley, así en la regla 11 del apartado primero del Baremo se nos dice que:

“En la determinación y concreción de las lesiones permanentes y las incapacidades temporales, así como en la sanidad del perjudicado, será preciso informe médico”.

Volviendo al baremo de la tabla VI en la ley 30/95 se contemplaban 627 secuelas psico-físicas. Las secuelas estéticas, seis, se describen de forma cualitativa; desde ligero a considerable y de forma cuantitativa asignando a cada graduación un arco de valor.

En septiembre de 1.996, se crea la Comisión Médica de Seguimiento del Baremo, formada por nueve médicos procedentes de los diferentes estamentos; forense, especialistas hospitalarios, médicos valoradores independientes y de compañías de seguros (Dr. Javier Alonso, Dr. Cesar Borobia, Dr. Javier Gorriz, Dr. José Manuel Arredondo, Dr. Carlos Sauca, Dr. Juan Sanz, Dra.

Berta Terror y Dr. Miguel Castellanos con el objetivo de mejorar el contenido y la finalidad de ampliar conceptos de secuela, excluir conceptos de secuela, modificar puntuaciones de secuelas. Se redactaron los criterios de utilización; normas necesarias para el uso, indispensable para evitar diferentes interpretaciones. Los principios de este comité estaban regidos por los principios de la OBJETIVIDAD, salvando lo subjetivo que resulta valorar secuelas. CRITERIOS UNIFICADORES que contribuyan a favorecer el trabajo. REVISABLE, ABIERTO, mejorable con la evolución tanto de los criterios médicos como de las mejoras que legislador pudiera establecer en aras de la adaptación a las necesidades de la sociedad.

Posteriormente este comité de seguimiento del Baremo pasó a estar integrado por el Dr. Javier Alonso, Dr. Javier Gorriz, Dr. José Manuel Arredondo, Dr. Carlos Sauca, Dra. Berta Terror y Dr. Eugenio Laborda. Que completó y finalizó la labor iniciada en el año 1.996. Durante siete largos años, laboriosos, duros y sobre todo esperanzadores; se fueron reuniendo las diferentes opiniones de los médicos que desarrollan su actividad profesional en el campo de la valoración médica del Daño Corporal. Se realizaron encuestas a las diferentes Sociedades Autonómicas y Nacional de Valoración de Daño Corporal; se preguntó a las sociedades Científicas, de las diferentes especialidades médicas. Con toda este material reunido, se inició capítulo a capítulo el análisis pormenorizado de todas y cada una de las lesiones, secuelas que figuraban, que estaban recogidas en nuestro baremo.

Las modificaciones del baremo de la ley 30/95 son el resultado de:

- La experiencia adquirida a lo largo del tiempo, no habiendo existido modificación alguna de la Tabla VI desde su publicación en la ORDEN ministerial de 5 de marzo de 1.991.
- Adaptación a la realidad médica actual, tal y como ocurre con otros baremos (proyecto de baremo europeo CEREDOC, tablas AMA, que son la base del baremo publicado por el R.D. 383/84 y su revisión en 1.999 por el R.D. 1971/ 99) Baremo del Concour Medical) y clasificaciones médicas internacionales (CIE 9 y DSM-IV).
- Encuestas realizadas a médicos forenses y médicos valoradores, entre los años 1.996 y 1.998, así como sus periódicas actualizaciones hasta 2.001. Señalar que se recibieron 153 propuestas de modificación, 85 propuestas de inclusión y 65 propuestas de exclusión.
- Resultado de estudios realizados en gran número de publicaciones, cursos y congresos; incluso, las aportaciones de criterios de juristas de reconocido prestigio y sobre todo las contenidas en las resoluciones judiciales.

Se ha seguido una metodología de trabajo, que ha consistido en:

- Ordenamiento jerárquico de las diferentes secuelas, eliminando aquellas que no se ajustaban a criterios científicos e introduciendo otras nuevas.
- Revisión de todas las secuelas tras haber consultado con especialistas en las diferentes materias.
- Modificación de la redacción de algunas secuelas confusas en su interpretación, equívocas o que presentaban un fallo en su transcripción mecanográfica.
- Revisión de las puntuaciones en aras a obtener una coherencia entre las mismas, de tal forma que unas se han disminuido en puntuación y otras por el contrario, se han aumentado. En algunos casos concretos, se hizo desaparecer el arco de puntuación (por ejemplo la pérdida de un testículo que no debe tener arco de valor, ya que se pierde o no se pierde).

Los objetivos prioritarios de este trabajo se han basado principalmente en:

- Adaptar la Tabla VI a la realidad médica actual, doce años después de su publicación inicial.
- Hacer más objetiva y proporcionadas las puntuaciones, de modo que cada una de ellas sea el fiel reflejo de un porcentaje de discapacidad o de alteración, respecto del total de la persona, desde el punto de vista anatómico o funcional. Para ello se toma la secuela más grave de todas las relacionadas en el Baremo (Estado Vegetativo Persistente) a la cual se le da la puntuación de 100; es decir un 100 % de discapacidad anatomo funcional. El resto de las secuelas se fueron puntuando y jerarquizando proporcionalmente.

Por último hacer hincapié en que la puntuación de una o varias secuelas correspondientes a una articulación, miembro, aparato o sistema; incluso cuando se trate de todo el cuerpo humano (en el caso de que sean varias secuelas tras utilizar la fórmula de incapacidades concurrentes) nunca podrá superarse a la que corresponda por la pérdida total, anatómica y/o funcional de esa articulación, miembro, aparato o sistema o si del cuerpo humano se tratase.

Así mismo ha de resaltarse que este trabajo, desarrollado por el Comité Médico, ha sido elaborado con total y absoluta independencia, desde el punto de vista médico y científico.

Con fecha 4 de noviembre de 2.003, se publica la Ley 34/2003, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados; B.O.E. 265 de 5 de noviembre.

La modificación de la tabla VI introduce cambios que podemos sintetizar:

1. Introducción de normas de aplicación, reglas de carácter general, notas de aplicación en los capítulos 4 y 5 y las reglas de utilización para el capítulo del daño estético. Principios que ya se venían utilizando con anterioridad, con el carácter de recomendaciones.
2. Modificación en la determinación de las secuelas, eliminando, modificando la redacción, puntuación o inclusión en otras secuelas; siguiendo criterios científicos y de ordenación jerárquica. Se eliminaron o modificaron las confusas en su redacción; se corrigieron los fallos de transcripción mecanográfica o carencia de un criterio médico.
3. introducción de un nuevo criterio en la determinación de valoración final, al independizar el daño fisiológico del estético, obteniendo la cuantificación económica de forma independiente

Tabla VI Clasificación y valoración de secuelas.

Consta de nueva capítulos, con distribución anatómica:

- Capítulo 1: Cabeza. 106 secuelas
- Capítulo 2: Tronco. 183 secuelas
- Capítulo 3: Aparato Cardiovascular. 17 secuelas.
- Capítulo 4: Cintura escapular y Extremidad Superior. 93 secuelas
- Capítulo 5: Cadera y Extremidad Inferior. 79 secuelas.
- Capítulo 6: Médula Espinal y Pares craneales.. 58 secuelas.
- Capítulo 7: Sistema nervioso Periférico. 39 secuelas
- Capítulo 8: Sistema Endocrino. 2 secuelas
- Capítulo Especial: Perjuicio Estético. 6 secuelas.

Se describen las secuelas otorgándose un porcentaje desde un mínimo hasta un máximo de 100, que el uso ha transformado en puntos. Esa asignación de “puntuación” se realiza teniendo en cuenta las características específicas, según intensidad, gravedad, desde un punto de vista clínico. 480 secuelas.

Igualmente este Comité, elaboró las recomendaciones para la utilización del Baremo de la Tabla VI, publicadas en la ley 34/03 como normas para la utilización del mismo.

1. La puntuación otorgada a cada secuela, según criterio clínico y dentro del margen permitido, tendrá en cuenta su intensidad y gravedad desde el punto de vista físico o biológico-funcional, sin tomar en consideración la edad, sexo o profesión.
2. Una secuela debe ser valorada una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados de la tabla, sin perjuicio de lo establecido respecto del perjuicio estético. No se valorarán las secuelas que estén incluidas y/o se deriven de otra, aunque estén descritas de forma independiente.
3. Las denominadas secuelas temporales, es decir, aquellas que están llamadas a curarse a corto o medio plazo, no tienen 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 alcanzado la estabilización lesional.
4. La puntuación de una o varias secuelas correspondientes a una articulación, miembro, 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 esa articulación, miembro, aparato o sistema.

Capítulo Especial Perjuicio estético. Ciertamente especial, ya que se le dedicaron muchas horas de trabajo, múltiples sesiones; buscando el punto de equidad en la valoración y apreciación de una secuela de difícil definición y más difícil apreciación, rayando el territorio de la subjetividad; buscando integrar el daño estético estático y daño estético dinámico.

En el anterior baremo este capítulo estaba estructurado en seis apartados con un arco de valor asignable desde 1 puntos hasta una difícil expresión de > 20, mayor de 20

9000	Perjuicio Estético	
9010	Ligero	1-4
9020	Moderado	5-7
9030	Medio	8-10
9040	Importante	11-14
9050	Muy Importante	15-20
9060	Considerable (monstruosidades)	> 20

Esta estratificación parecía poco clara o que daba lugar a dificultades para poder considerar situaciones graves, como los grandes quemados, las

pérdidas de masa corporal llamativa, estados vegetativos.... Por lo que se subdividió de diferente forma y esencialmente se estructuró las posibilidades de arcos de valor y se establecieron reglas para la valoración puntual del daño estético. En este apartado fue de gran utilidad y ayuda, los artículos de D. Mariano Medina y sus orientaciones jurídicas sobre la apreciación del concepto estético y su valoración ajustada a la realidad observada.

Ligero	1-6
Moderado	7-12
Medio	13-18
Importante	19-24
Bastante Importante	25-30
Importantísimo	31-50

Reglas de utilización:

- I. El perjuicio estético consiste en cualquier modificación peyorativa que afecta a la imagen de la persona; constituye una dimensión diversa del perjuicio fisiológico que le sirve de sustrato, refiere tanto a su expresión estática como dinámica.
- II. El perjuicio fisiológico y el perjuicio estético constituyen conceptos perjudiciales diversos. Cuando un menoscabo permanente de salud supone, a su vez, la existencia de un perjuicio estético, se ha de fijar separadamente la puntuación que corresponda a uno y a otro, sin que la asignada a la secuela fisiológica incorpore la ponderación de su repercusión antiestética.
- III. El perjuicio fisiológico y el perjuicio estético se han de valorar separadamente y adjudicada la puntuación total que corresponda a cada uno, se ha de efectuar la valoración que les corresponda de acuerdo con la valoración que les corresponda por separado, sumándose las cantidades obtenidas al objeto de que su resultado integre el importe de la indemnización básica por lesiones permanentes.
- IV. La puntuación adjudicada al perjuicio estético es la expresión de un porcentaje de menoscabo del patrimonio estético de la persona. Los 50 puntos corresponden a un porcentaje del 100 por cien.
- V. La puntuación del perjuicio estético se ha de realizar mediante la ponderación de su significación conjunta, sin que se pueda atribuir a cada uno de sus componentes una determinada puntuación parcial.

- VI. El perjuicio estético es el existente en el momento de la producción de la sanidad del lesionado (estabilización lesional) y es compatible su resarcimiento con el coste de las intervenciones de cirugía plástica para su corrección. La imposibilidad de corrección constituye un factor que intensifica la importancia del perjuicio.
- VII. El perjuicio estético importantísimo corresponde a un perjuicio de enorme gravedad, como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y las grandes alteraciones de la morfología facial o corporal.
- VIII. Ni la edad, ni el sexo de la persona lesionada se tendrán en cuenta como parámetro de medición de la intensidad del perjuicio estético.
- IX. La puntuación adjudicada al perjuicio estético no incluye la ponderación de la incidencia que el mismo tenga sobre las actividades del lesionado (profesionales y extraprofesionales) cuyo específico perjuicio se ha de valorar a través del factor de corrección de la incapacidad permanente.

Finalmente, se aprueba Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor; da cumplimiento al mandato conferido al Gobierno por la disposición final primera de la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. Dicha disposición final autoriza al Gobierno para que, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, elabore y apruebe un texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, que sustituya al aprobado por el Decreto 632/1968, de 21 de marzo, que incluya las modificaciones introducidas por leyes posteriores. La delegación incluye la facultad de regularizar, aclarar y armonizar los textos legales que han de ser refundidos.

Bibliografía

- Alonso Santos J. Valoración medico legal del daño a la persona civil, penal, laboral, y administrativa, responsabilidad profesional del perito medico. Colex; 1999.
- Borobia Fernández C. Métodos de valoración del daño corporal. Forum Universidad EMPRESA; 1989.

- Criado del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona en responsabilidad civil. Fundación Mapfre Medicina; 1995.
- Criado del Río MT. Valoración medico legal del daño a la persona civil, penal, laboral, y administrativa, responsabilidad profesional del perito medico.Colex; 1999.
- Derobert L. La réparation juridique du dommage corporel. Flammarion. Médecine Sciences; 1986.
- Gracia González S, Laborda Calvo E. El informe médico pericial. En: Lorenzo y Montero R, coord. Responsabilidad legal del profesional sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario; 2000.
- Hinojal Fonseca R. Daño corporal: fundamentos y métodos de valoración médica. Arcano Medicina;1996.
- Hernández Cueto C. Valoración médica del daño corporal. Masson; 1995.
- Laborda Calvo E, Segade Álvarez T. Aspectos médico legales valoración del daño corporal. SEMERGEN Programa sobre accidentes de trafico prevención y asistencias Glaxo-Wellcome; 2001.
- Laborda Calvo E. La prueba pericial en valoración del daño corporal. INSERSO; 2001.
- Medina Crespo M. La valoración legal del daño corporal. Dykinson; 1997.
- Vicente Domingo E. Los daños corporales: tipología y valoración. Bosch editor S.A; 1994.

Resumo: Tabelas em avaliação do dano corporal – Tabela espanhola

Trata-se de um estudo retrospectivo sobre a evolução da avaliação do dano corporal em Espanha, história da Tabela Espanhola e sua evolução desde 1991, com a publicação da ordem ministerial e as situações que antecederam a sua elaboração. Analisa-se a importância e significado da mesma e a sua transformação na Lei 30/95, o Real Decreto legislativo 8/2004 e a importante contribuição da Lei 34/2003.

Palavras-chave: tabela; SEAIDA; responsabilidade civil; Ministério da Economia; indemnização.

Summary: Bodily damage tables – Spanish table

The author realizes a retrospective study of the evolution of the valuation of the bodily injury in Spain, history of the Spanish Table and her evolution from the year 1991, with the ministerial Order and the previous situations up to his elaboration. The transcendence and significance of the same one and his transformation in the Law 30/95 up to the current importance with the Royal legislative decree 8/2004, and the important contribution that supposed the law 34/2.003 are also analysed.

Key-words: table; SEAIDA; civil responsibility; Department of Economy; indemnity.

Résumé: Barèmes d'évaluation du dommage corporel – Barème espagnol

Une étude rétrospective est réalisée, sur l'évolution de l'évaluation du dommage corporel en Espagne, l'Histoire du barème espagnol et de son évolution dès l'année 1991, avec l'Ordre Ministériel et les situations préalables jusqu'à son élaboration. Sa transcendence et

signification et sa transformation dans la Loi 30/95 jusqu'à l'actualité, avec le Décret royal législatif 8/2004 et l'important apport qui a supposé la loi 34/2003, sont aussi analysés.

Mots-clés: barème; SEAIDA; responsabilité civile; Ministère de l'Économie; indemnisation.

Pedido de separatas:

EUGENIO LABORDA CALVO

Edificio AMA

c/ Santa Maria Magdalena, n.º 15

28015 Madrid – ESPAÑA

eugeniolaborda@telefonica.net

Whiplash: Traumatismo cervical leve y simulación

José Ignacio Muñoz Barús¹

I. Introducción

El cuello es una región que integra numerosas articulaciones con una faja muscular lo suficientemente importante como para que Atlas fuese capaz de adaptar su curvatura y soportar, no sin esfuerzo, la bóveda aplastante de los cielos. Hoy en día el cuello parece mucho más frágil y los términos “esguince cervical” o “whiplash” son muy habituales tanto en los centros de salud como en los tribunales.

Cualquier análisis de la literatura sobre esta patología ya pone de manifiesto una clara progresión en cuanto a la incidencia, cifrándose actualmente entre 1 y 4 casos nuevos al año cada 1000 habitantes (Eck et al., Galasko, Lovell y Galasko, Papelard). El comienzo de este incremento puede situarse en el último tercio del siglo pasado, la curva de incidencia describe una trayectoria exponencial a partir de finales de los años 80. Recientemente se ha estimado que en España supone un gasto directo anual de más de 250 millones de euros, las implicaciones laborales son incuantificables, cifra actualmente superada (Represas et al. 2000).

Se ha estimado que los traumatismos cervicales del tipo whiplash le costaban a Europa 10.000 millones de euros al año, aproximadamente. En Estados Unidos, este tipo de lesión tiene un coste anual de 4.500 millones de dólares. Ambas cifras también están en aumento (Castro et al. Galasko et al.).

Bartolomé et al., en un estudio llevado a cabo en 2003, ponen de manifiesto que con la entrada en vigor en España del baremo vinculante para la valoración de las secuelas debidas a un accidente de circulación no doloso

¹ Profesor Titular de Medicina Legal
Instituto de Medicina Legal de la Universidade de Santiago de Compostela, España.

del año 1995, se han incrementado más del 600% las bajas laborales debidas a Traumatismos Cervicales. El estudio se llevó a cabo en un área sanitaria de la Comunidad Autónoma Gallega comparando 1995 con 1999, periodo en el que los lesionados por accidente de tráfico sólo se incrementaron un 25%.

II. La terminología

Si se llevan a cabo estudios comparativos entre los diversos países de nuestro entorno encontraremos grandes discrepancias, tanto en relación con la incidencia de esta patología como en las indemnizaciones. Estas diferencias están posiblemente relacionadas con su gran confusión terminológica, mal uso de los baremos y la simulación.

El primer problema que se pone de manifiesto en el ámbito médico-legal es el de la denominación. Ésta varía mucho, apareciendo recogidos numerosos términos añadiendo una gran dificultad para el abordaje pericial y científico. Esguince cervical, traumatismo cervical, contractura cervical, distensión cervical, cervicalgia postraumática, latigazo cervical, síndrome postraumático cervical, whiplash, schleudertrauma, entorse cervical, colpo di frusta, coup du lapin, railway spine, chicotada cervical, son términos utilizados y que se refieren a esta misma patología.

Este síndrome se sitúa en los epígrafes de “Traumatismos del cuello” de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), como epígrafe S13.4. Sin embargo, la palabra “whiplash” es referencia semántica obligada en todas las publicaciones internacionales, y “palabra clave” en las búsquedas informatizadas. Su uso se generalizó rápidamente en Estados Unidos por la fácil comprensión que producía, sobre todo entre los pacientes y los profesionales del Derecho. Resultaba fácil interpretar una lesión basada en un mecanismo de producción tan representativo.

El término whiplash, con esta acepción terminológica, es conocido desde inicio del siglo pasado. Fue mencionado por primera vez por Crowe en 1928, en un estudio sobre ocho casos de traumatismo cervical en accidentes de circulación. No obstante, la generalización del uso del término es fácilmente objeto de crítica pues se introduce un mecanismo de lesión como concepto clínico. Para evitar esta polémica se acuñó la denominación Whiplash Associated Disorders (WAD) que aglutina las consecuencias derivadas del mecanismo de lesión de tipo whiplash: dolor cervical, cefalea, mareos, rigidez, etc. WAD viene a representar el concepto clínico de síndrome postraumático cervical, recogido en el baremo español publicado en la ley española RDL 8/2004, de uso obligado en la valoración actual de las lesiones debidas a un accidente de vehículo a motor.

III. La biomecánica

Existe una idea preconcebida, los traumatismos cervicales están ligados a los impactos por alcance (*rear end crash* en terminología anglosajona). No obstante, también pueden producirse en impactos frontales, laterales o colisiones complejas. De cualquier manera, existe mayor probabilidad de lesión en los impactos por alcance. La biomecánica adquiere gran peso específico en el estudio de esta patología. “No crash, no cash”, esta afirmación bien podría definir la conclusión de algunos autores. La pregunta, de interés en el análisis de causalidad, que debemos responder previamente es: ¿Cuál es el parámetro físico que se puede individualizar en la reconstrucción de un accidente y cuya medida permite establecer la capacidad lesiva del impacto sobre la columna cervical?

El factor determinante no es la velocidad del vehículo o los daños materiales verificados de forma aislada. La clave consiste en conocer el cambio de velocidad, la aceleración sufrida por el vehículo implicado y la transmitida al accidentado. Estos parámetros físicos se miden en unidades que se conocen como “delta v” (Δv) o “g”. Ambos son determinados por ingenieros expertos en la reconstrucción de accidentes, a partir de los datos recogidos en las declaraciones de los accidentes y mediante el estudio de los daños verificados en los vehículos y en el lugar de los hechos. Es aceptado por casi todos los estudios que valores de $g < 4$ o de ΔV (Km./h) < 8 no provocan lesión y valores de g entre 4-15 o ΔV entre 15-45 pueden provocar lesiones leves.

Si bien la biomecánica aporta cierta claridad en el análisis de causalidad médico legal, Allen et al. ponen de manifiesto un aspecto que puede ser abrigo de simulación. Equiparan las aceleraciones sufridas por la cabeza en impactos de baja velocidad con situaciones habituales de la vida corriente, gestos de la vida diaria, que no causan lesiones cervicales. Después de colocar acelerómetros en la cabeza de los voluntarios, se les somete a ciertos gestos como estornudar, toser, dejarse caer en una silla, empujones, etc. resultando cifras de aceleración de la cabeza incluso mayores a las alcanzadas en accidentes de los denominados impactos de baja velocidad.

IV. Los síntomas

Otra dificultad añadida en la valoración médico legal es el hecho de compartir síntomas con numerosas patologías que pueden afectar al cuello y hombro. El síntoma capital es el dolor cervical, que puede asociarse a otros hallazgos clínicos: vértigo, mareo, cefalea, acúfenos, contractura y limitación

de la movilidad (Gráfico 1). Clínica que no es específica, añadiendo con ello otra dificultad que propicia la simulación. La patología discal, psiquiátrica, síndrome miofascial cervical, osteoartritis, artritis reumatoide, tortícolis, tendinitis del esternocleidomastoideo, neuralgia occipital, infecciones faríngeas y linfadenitis cervical, tendinitis del manguito de los rotadores, bursitis subacromial, tendinitis bicipital, capsulitis adhesiva y hombro congelado, distrofia simpático refleja y el síndrome de la salida del estrecho torácico superior figuran entre las situaciones que comparten clínica con esta patología.

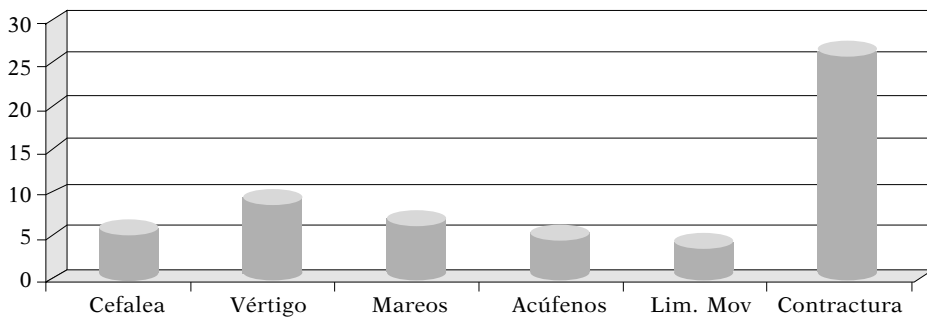


Gráfico 1: ■ Clínica asociada a cervicología, en %

V. La curación/estabilización y cronificación

Existen numerosos factores de cronificación que hay que debemos tener presentes en el informe pericial que dificultan la valoración y son abono de la simulación. Entre los factores de cronificación podemos destacar la presencia de trastornos degenerativos, edad avanzada, factores psicológicos, la posibilidad de obtener indemnización, estenosis del canal raquídeo, dolor interescapular, signos neurológicos iniciales, severidad de los síntomas, antecedentes de dolor cervical o cefalea, el sexo femenino, rigidez de cuello, etc. También es importante conocer que el dolor cervical afecta a 2/3 partes de la población general a lo largo de su vida. La prevalencia varía con las edades.

Hemos corroborado nuevos puntos en la valoración de esta patología que ponen de manifiesto la presencia de simulación dificultando la valoración. Se ha podido demostrar que el hecho de recibir indemnización aumenta los días necesarios para la curación y/o estabilización. Se aprecia un incremento de, al menos, el 40% por este motivo cuando comparamos los tiempos de estabilización/curación entre diversos grupos de accidentados que han sufrido el mismo o similar accidente (Represas et al. 2000).

Como otro dato llamativo se ha logrado verificar que el hecho de circular por las carreteras de la provincia de Pontevedra (provincia de la Comunidad Autónoma Gallega, Noroeste de España) implica una mayor debilidad que el circular por las carreteras de A Coruña (límitrofe con la anterior). Este efecto debilitador loco-temporal desaparece al cruzar el límite provincial. Posiblemente es debido a las diferentes áreas de influencia de los hospitales con distintos protocolos de actuación ante patologías idénticas (Represas et al. 1998).

Represas et al., en un trabajo realizado en el 2005 en colaboración con el Instituto Nacional de Medicina Legal de Portugal (INMLP), han señalado que, en accidentes similares, los lesionados gallegos tardan un 30% más en curar/estabilizar que los lesionados del área de influencia de las Delegaciones de Oporto y Coimbra del INMLP.

En este mismo trabajo se evidencia que la cronificación es muchísimo mayor en Galicia, con una *odds ratio* de 24, que en aquéllas. España y Portugal son países con ordenamientos jurídicos diferentes, con baremo obligatorio, con la posibilidad de recibir un doble ingreso por días de baja, y con cuantías indemnizatorias superiores en España. Se conforma con ello una cultura en la que la presión de familiares, conocidos, médicos y abogados se constituyen también en factores que complican más el problema, si cabe.

Existen numerosas publicaciones que ponen de manifiesto otros puntos oscuros. El Instituto Nacional de la Seguridad Social Española en sus Tiempos Estándar de Incapacidad Laboral reserva 15 días de baja a esta patología, mientras que alcanzan los 90 días en el conflictivo ambiente médico legal. Castro et al. observan que un 20% de los voluntarios sometidos a un impacto por alcance placebo padecieron síntomas de traumatismo cervical. La aceleración que experimentaron en la “colisión placebo” fue insignificante, inferior a la que se produce al dar el primer paso para caminar. Los síntomas fueron pasajeros y estaban en relación con factores psicológicos. Es ampliamente conocido el trabajo en una de las actuales repúblicas bálticas. En un país en el que no existía una noción preconcebida de dolor crónico debido a una colisión por alcance los síntomas de una lesión aguda tipo whiplash son autolimitados en el tiempo, breves y no se parecen a los descritos como los típicos del whiplash (Obelieniene et al.).

VI. Conclusiones

Para evitar la confusión generada por las múltiples denominaciones que caracterizan a esta patología, los términos de esguince cervical, contusión cervical, latigazo cervical, contractura cervical, habitualmente relacionados

con un accidente de tráfico de baja velocidad, podrían incluirse en un término genérico más amplio, *Traumatismo Cervical Leve (TCL)*, que definimos como: *Lesión traumática cerrada de la columna cervical, sin lesión ósea, discal o neurológica reconocida, biomecánicamente producida por un mecanismo típico, y usualmente como resultado de un accidente de circulación.*

La Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) propuso a Spitzer, del Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Universidad McGill (Canadá) la posibilidad de un análisis clínico, de salud pública, social y económico del problema del whiplash. Se constituyó un grupo de expertos de distintas disciplinas (Quebec Task Force) que proponen la Québec Classification of Whiplash Associated Disorders, y establecen la definición de whiplash en 1995. El TCL incluiría los grados I y II de la clasificación de la Québec Classification of Whiplash Associated Disorders.

Cabe decir que el diagnóstico del TCL es clínico, no por imagen y que resulta imprescindible el análisis de causalidad en el que la biomecánica cobra un papel importante, sin olvidar el diagnóstico diferencial y el estado anterior

Podríamos resumir los aspectos anteriormente citados como factores que ha de tener en cuenta el perito médico, que influyen negativamente en su valoración y son fuente de simulación en una situación ya de por sí conflictiva:

- Contexto legal.
- Dificultad para obtener datos fidedignos sobre la lesión inicial y los antecedentes del lesionado.
- Ausencia de documentación clínica suficiente para determinar la evolución del caso.
- Imposibilidad de objetivación del daño o de las manifestaciones subjetivas.
- Posibilidad de exageración de los síntomas.
- Demora en la valoración médico-legal de los lesionados. Probablemente hayan pasado meses, incluso años desde el accidente.
- Manejo de un sistema vinculante de valoración de daño corporal que no excluye los síntomas de carácter subjetivo, sin base orgánica objetivable, ni facilita un sistema para su valoración y/o cuantificación.

Bibliografía

Allen ME, Weir-Jones I, Motiuk DR, et al. Acceleration perturbations of daily living. A comparison to 'whiplash'. *Spine* 1994; 19(11):1285-90.

- Bartolomé MB, Gómez MA, Moreno MJ, et al. La Inspección Médica del SERGAS y los traumatismos cervicales leves. In: Muñoz JI, Ducet J coord. Temas de actualización en la valoración del daño corporal. Santiago de Compostela: FEGAS; 2003. p 143-52.
- Castro WH, Meyer SJ, Becke ME, et al. No stress-no whiplash? Prevalence of “whiplash” symptoms following exposure to a placebo rear-end collision. *Int J Legal Med.* 2001; 114(6):316-22.
- Crowe H. A new diagnostic sign in neck injuries. *Calif Med* 1964; 100:12-3.
- Crowe HE. Injuries to the cervical spine. San Francisco: Meeting of the Western Orthopaedic Association; 1928.
- Eck JC, Hodges SD, Humphreys SC. Whiplash: a review of a commonly misunderstood injury. *Am J Med* 2001; 110(8):651-6.
- Galasko CSB. The cost of whiplash associated disorders. In: Gurnzburg R, Szpalski M. Whiplash injuries. Current concepts in prevention, diagnosis, and treatment of the cervical whiplash syndrome. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p. 283-90.
- Lovell ME, Galasko CS. Whiplash disorders: a review. *Injury* 2000; 33: 97-101.
- Muñoz JI, Represas C, Suárez-Peñaranda JM, et al. Simulation in Whiplash injury assessment. *Journal de médecine légale, droit médical, victimologie et dommage corporel* 2002; 45(4-5):248.
- Nederhand MJ, Hermens HJ, Ijzerman MJ, et al. Cervical muscle dysfunction in chronic whiplash-associated disorder grade 2. *Spine* 2002; 27(10):1056-61.
- Obelieniene D, Schrader H, Bovim G, et al. Pain after whiplash: a prospective controlled inception cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66(3):279-83.
- Papelard A. Contusion simple du rachis cervical et preuves. *Rev. Franç du Dommage Corp* 1998; 24(4):417-423.
- Represas C, Concheiro L, Guijarro JS, Muñoz JI. El esguince cervical y la Ley 30/95. VI Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Bilbao; 2000.
- Represas C, Suárez JM, Muñoz JI, et al. Accidentes de tráfico en Galicia: el esguince cervical. In: Vieira DN, Rebelo A, Corte-Real F, coord. Temas de Medicina Legal. Coimbra: Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal; 1998. p. 153-5.
- Represas C, Vieira DN, Magalhães T, et al. Differences in incidence of whiplash injury between Portugal and Spain. 17th Meeting of the Internacional Association of Forensic Sciences. Hong Kong; 2005.
- Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR. Scientific monograph of the Quebec task force on whiplash associated disorders: Redefining “whiplash” and its management. *Spine* 1995; 20:15-735.

Resumo: Whiplash – traumatismo cervical ligeiro

O termo Whiplash, quando utilizado no âmbito da avaliação do dano corporal em consequência de um acidente rodoviário, está ligado muitas vezes a situações de simulação, no sentido amplo do termo. O motivo por que se aborda este tema deriva de se tratar da lesão mais frequente em clínica médico-legal, no nosso meio.

São tantos os aspectos ainda pouco esclarecidos, obscuros, nesta patologia, que ela constitui um problema médico-legal de difícil solução.

Para poder abordar esta patologia com alguma confiança, é imprescindível denunciar os numerosos paradoxos que têm sido publicados relativamente ao seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. Foram divulgados trabalhos paradigmáticos sobre o assunto que podem ser úteis para ilustrar os numerosos aspectos obscuros deste síndrome.

Palavras-chave: whiplash; avaliação do dano corporal; simulação.

Summary: Whiplash: minor cervical trauma and simulation

The term whiplash injury, particularly in the context of evaluation of bodily damage following a traffic accident, is often broadly associated with that of simulation and our motive for addressing this topic is its high frequency as a medico-legal injury.

The unclear and obscure aspects of this pathology have created a knotty medico-legal problem, which is difficult to unravel.

To confront this situation with any degree of assurance it is essential to focus attention on the paradoxical nature of the literature relating to its diagnosis, treatment and prognosis.

Various papers dealing with this problem within the medico-legal paradigm have been published and can be of use in illustrating the questionable areas of this syndrome.

Key-words: whiplash injury; evaluation of bodily damage; simulation.

Résumé: Whiplash - traumatisme cervical léger

C'est essentiellement dans le domaine de l'estimation de la lésion corporelle dérivée des accidents de circulations que le terme « Whiplash » (coup du lapin) est très souvent en rapport avec celui de simulation dans le sens large du terme. La raison d'aborder ce sujet est dû au fait qu'il s'agit là de la lésion la plus fréquente dans la clinique médico-légale de notre milieu.

Dans cette pathologie, de nombreux aspects demeurent encore obscurs et ceux-ci ont créé un véritable problème médico-légal.

Pour pouvoir aborder cette pathologie avec les meilleures garanties, il convient avant tout de mettre en évidence les nombreux paradoxes publiés sur son diagnostic, son traitement et son pronostic. Plusieurs publications paradigmatiques sur ce sujet sont utiles pour l'éclaircissement de nombreux points de ce syndrome.

Mots-clés: «whiplash» (coup du lapin); évaluation du dommage corporel; simulation.

Pedido de separatas:

JOSÉ IGNACIO MUÑOZ BARÚS

Instituto de Medicina Legal

Universidade de Santiago de Compostela

15782 Santiago de Compostela, España

jimbarus@usc.es

Análise comparativa da valorização das indemnizações por acidente de viação em Portugal e Espanha

Manuel Tadeu Correia Albuquerque¹

Introdução

Praticamente desde que se conhecem “leis” que se encontram atribuídas penas e indemnizações em dinheiro e bens para danos corporais. As civilizações mais antigas aplicavam leis como a de Talião, tipo “vingança”.. A mudança deste tipo de sistema para sistemas de “reparação” constituiu um importante progresso em termos de humanização. Surgem códigos mais elaborados, como a *Michna*, prevendo-se pormenorizadamente os danos corporais e sua reparação, o custo do tratamento, o tempo perdido, e ainda o dinheiro da dor e da honra, sendo o estatuto social da vítima importante no cálculo destes últimos. Platão discutiu pela primeira vez a questão do dano estético embora já houvesse referência no Levítico à importância da beleza física. Na Grécia também se encontra um sistema de compensação de ajuda aos inválidos pago pelo Estado em forma de renda. Nalgumas civilizações, como a chinesa, o montante indemnizatório baseava-se essencialmente na fortuna do agressor.

No século IV a.c. a *Lex Aquilia*, em Roma, base no nosso sistema actual, prevê a reparação do dano tendo em conta o seu valor real e a intenção do agente, de acordo com a apreciação de um juiz. No entanto, não estabelece formas de avaliar o dano corporal. Para homens livres avaliavam-se os custos médicos e o tempo e o trabalho perdidos por invalidez. Valorizavam-se danos patrimoniais e extrapatrimoniais, o estado físico anterior e as sequelas do lesado e a sua qualificação profissional. Os povos germânicos baseavam-se em tabelas de indemnização com peritagem médica, com um sistema de

¹ Associado da APADAC; Unimed/Grupo Português de Saúde.

tarifação relativamente rígido, com valores diferentes para homens livres, vilões e escravos.

Tendo por base estes dois tipos de sistemas, i.e., tabelas rígidas de dano corporal tipo germânico e avaliação personalizada de incapacidade tipo romano, foram-se desenvolvendo vários costumes e direitos. Foram-se separando progressivamente os aspectos penal (punição, culpa) e civil (reparação, responsabilidade civil) formalizada em 1382 no Código Civil Francês. O Código de Napoleão, que na prática serviu de base à jurisprudência europeia nesta matéria, fixou o princípio da Culpa na obrigatoriedade da reparação do dano corporal.

Foi-se também desenvolvendo a vertente pericial da avaliação do dano, alargada a diversas circunstâncias de lesão.

Com o recente progresso tecnológico surge risco acrescido de acidentes, não necessariamente configurando comportamento culposos. Assim, a responsabilidade civil baseada na culpa torna-se insuficiente do ponto de vista social. Os riscos passaram da esfera individual para a colectiva, passando a reparação para cargo de seguradoras, eventualmente com o complemento de sistemas de segurança social. Pese embora o facto deste sistema perder o papel sancionatório e preventivo da indemnização, é mais justo para a vítima, facilitando a reparação do dano (1,3,5,19).

Discute-se e diverge entre os vários países da União Europeia (UE) a forma como os custos são suportados pela sociedade no seu conjunto e pelas vítimas em particular. Tendo em conta desigualdades no acesso à justiça e diferenças de critérios judiciais, há correntes de opinião que consideram benéfica uma padronização que evite disparidade de indemnizações em casos semelhantes. O Parlamento Europeu aprovou recentemente o “Barème Européen” para promover a reparação tabelada dos prejuízos de carácter pessoal, nomeadamente resultantes de acidentes de viação, seguindo o princípio de “a sequelas idênticas, graus idênticos, reparação idêntica” (14). Não obstante qualquer tarifação vinculante, deve ser mantida a possibilidade judicial de apreciar particularidades individuais segundo uma margem equitativa (4). Um sistema deste tipo encontra-se já implementado em Espanha.

Outras correntes, no entanto, não se manifestam a favor de tarifação por considerarem que o sistema pode ser facilmente manipulável pelo *lobby* segurador (4).

Os acidentes de viação são uma importante causa de mortalidade e morbilidade, tornando-se esse peso mais acentuado nas camadas mais jovens da população. Todos os anos morrem cerca de 50 000 pessoas e mais de 150 000 ficam deficientes, entre os 3,5 milhões de vítimas na UE/25 (9,24). Nos casos mais graves as suas famílias sofrem um dramático declínio na qualidade e

nível de vida (11). A redução deste tipo de acidentes tem sido uma constante preocupação em toda a UE, com promulgação de legislação mais restritiva e com penas mais pesadas. Também têm sido implementados diversos programas educacionais e de *marketing*, dirigidos a uma modificação do comportamento de risco. Apesar de se ter conseguido uma diminuição quer do número de acidentes, quer do número de vítimas, estes mantêm-se em valores muito elevados. Tanto em Espanha como em Portugal os números são superiores à média da UE/15. O parque automóvel é elevado e fragilizado (40% dos veículos tem mais de 10 anos). A taxa de mortalidade rodoviária standardizada ronda os 10/100 000 habitantes na UE/15, cerca de 11/100 000 habitantes em Espanha e 12/100 000 habitantes em Portugal, constituindo os acidentes rodoviários a primeira causa de morte de cidadãos europeus com menos de 45 anos de idade (10,16). Em Espanha morrem anualmente cerca de 5000 pessoas e em Portugal quase 2000 (7,8,15,23).

Mesmo na UE, onde o número de acidentes graves e fatais tem vindo a diminuir consistentemente nas últimas décadas, esta tendência está a decrescer, para além de ser previsível um incremento substancial de tráfego com o conseqüente risco de acidentes (9).

Os custos directos dos acidentes rodoviários estão estimados em Portugal em cerca de 2 a 3% do PIB. As despesas médicas e hospitalares anuais serão de 150 milhões de euros e os lucros cessantes e danos morais 750 milhões de euros (23). Cada vítima grave corresponde a um custo socio-económico estimado de 1 000 000 euros (13).

De acordo com os dados publicados pelo Instituto de Seguros de Portugal (ISP) foram pagos 1 174 906 000 euros por sinistros rodoviários em 2004 (15).

O valor médio de indemnizações por dano corporal em acidentes de viação em Portugal foi em 2005 de 12 500 euros. Este valor afigura-se baixo, comparativamente aos de outros países europeus como, por exemplo, 77 000 euros em Inglaterra e 21 161 euros em Itália (excluindo os mortos), mesmo se atentarmos às diferenças de nível de vida.

A demora média de regularização do sinistro é de 2 anos, atingindo 6 anos para ferimentos mais graves. Uma indemnização justa, paga com tal demora, torna-se injusta para os mais desprotegidos já que não terão recursos próprios para usar entretanto, não conseguem o mesmo nível de reabilitação, para além de obterem pior acompanhamento jurídico (23).

A maioria das vítimas e familiares declara-se insatisfeita com o sistema legal e particularmente com as indemnizações recebidas. Um elevado número refere não ter recorrido a tribunal quer por achar a lei desfavorável, quer por ser fonte de stress muito importante, quer devido aos custos dos

procedimentos legais. Cerca de 65% das vítimas com sequelas graves perdeu o emprego (11).

É objectivo deste trabalho comparar os sistemas de valorização do dano corporal por acidentes rodoviários em Portugal e Espanha. Em Espanha existe um sistema de tarifação vinculativo; em Portugal, embora existindo uma longa tradição de avaliação de dano corporal (com utilização de tabelas), não se usa sistema de tarifação rígido.

Metodologia

Em primeiro lugar são comparados globalmente os valores indemnizatórios médios pagos nos dois países de acordo com dados do ISP (Portugal) e da UNESPA (Espanha) (6,15,25).

São comparados os anos de 2003 e 2004, anos para os quais se obtiveram dados definitivos, e considerando que a revisão do baremo espanhol em 2003 poderá ter alterado o valor das indemnizações face a anos anteriores.

Em Portugal o valor indemnizatório de referência está indicado para o ramo “automóvel” e corresponde a todo o valor gasto, calculando-se que o montante correspondente a danos corporais será de cerca de 35%. Inclui não só os montantes indemnizatórios pagos, como uma pequena fracção de gastos de gestão da própria seguradora com os respectivos sinistros. Em Espanha o valor de referência foi o do total “não vida”, sabendo que o ramo automóvel corresponderá a cerca de 50% deste. Inclui também os mesmos gastos de gestão. Calculou-se o valor correspondente a danos corporais entre os 35% de Portugal e os 50% atribuídos na maioria dos países da UE.

Os valores encontrados (utilizados como indicadores) foram divididos pelo número total de vítimas oficialmente registados nos anos correspondentes.

Seguidamente comparam-se 32 casos concretos de gravidade variável, com indemnização atribuída em julgado, em diferentes tribunais e publicados em Portugal (20,21). Como há casos de diversos anos, os montantes indemnizatórios foram actualizados de acordo com as tabelas de inflação anual em Portugal até 2005 (10).

Quadro I – Taxa de inflação anual – Portugal

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
3,0	1,9	2,2	2,2	2,8	4,4	3,7	3,3	2,5	2,1

De acordo com as taxas de inflação os coeficientes de actualização das indemnizações aplicados variaram entre 1,2804 para casos de 1996 até 1,0210 para casos de 2004.

Corrigiram-se os valores obtidos de acordo com o diferente nível de vida dos dois países. Esta ponderação foi efectuada através dos respectivos PIB em 2005, previsto e standardizado a UE/25=100.

PIB em Espanha = 98,3

PIB em Portugal = 68,9

Assim, os valores de indemnização atribuídos em Portugal foram rectificados de acordo com o nível de vida espanhol, multiplicando as referidas indemnizações por 1,4267 (PIB espanhol/PIB português).

As indemnizações correspondentes a esses mesmos 32 casos foram calculadas de acordo com o baremo espanhol, através da UNESPA (www.unespa.es) “nuevaherramienta:baremo” admitindo a mesma data para todos os sinistros (01.01.2006) e o mesmo ano de tarifação (02.03.2006).

Para poder usar o baremo, quando não se encontrava referida a incapacidade temporária em Portugal, foram considerados os valores médios correspondentes ao tipo de lesão usando critérios técnico-estatísticos relativamente a tempos médios de internamento e tempos médios de consolidação (17,18,22).

Quando há referência a perdas económicas nas sentenças em Portugal, os valores referidos foram também actualizados para a inflação e convertidos com o factor de correcção comparativo dos PIB antes de se introduzirem no baremo espanhol. Quando a referência era só “trabalho” considerou-se quer o salário mínimo em Portugal convertido com o factor de correcção do PIB para os casos sem profissão determinada, quer o salário médio para a profissão referida.

Quando era atribuível um valor para incapacidade permanente no baremo espanhol, optou-se pelo seu valor médio. Tentou-se ainda que a pontuação atribuída no baremo às lesões identificadas ou prováveis, correspondesse à IPP concedida em Portugal.

Todos os valores são considerados sem casas decimais e em euros, independentemente do ano da sentença.

Foi utilizado o programa SPSS for Windows (versão 10.01) para o tratamento estatístico. Testou-se a correlação entre os valores encontrados em Portugal e Espanha através do coeficiente de correlação de Spearman.

Resultados

Valores Globais – Portugal

No ano de 2003 o valor total gasto no ramo automóvel foi de 1 316 660 940 euros. O número de vítimas foi de 56 614. Considerando 35% do valor gasto em danos corporais, o indicador de indemnização média foi de 8 139 euros.

No ano de 2004 o valor total do ramo automóvel foi de 1 468 695 200 euros para 53 144 vítimas, com indicador de indemnização média de 9 672 euros.

Valores Globais – Espanha

No ano de 2003 o valor total gasto pelo ramo “não vida” foi de 14 258 438 343 euros, considerando-se metade deste valor para o ramo automóvel. O número registado de vítimas foi de 156 034 variando o indicador de indemnização média entre 15 992 euros (para 35% do valor gasto em danos corporais) e 22 845 (50% para danos corporais).

No ano de 2004 o valor para o ramo “não vida” foi de 14 699 799 724 euros para 143 124 vítimas, variando o indicador de indemnização média entre 17 974 e 26 677 euros.

Quadro II – Indicadores de indemnização por dano corporal em acidentes de viação em Portugal e Espanha (euros)

	Portugal (convertido ao nível de vida espanhol)	Espanha (danos corporais 35% gastos de seguros)	Espanha (danos corporais 50% gastos de seguros)
2003	11 612	15 992	22 845
2004	13 799	17 974	26 677

Comparação de casos reais

I. Casos de Morte

Estudaram-se 11 casos com vítimas mortais. Os acidentes ocorreram entre 1991 e 1999, sentenças entre 1997 e 2001, Tribunal da Relação de Évora, Tribunal da Relação do Porto e Supremo Tribunal de Justiça.

No Quadro III encontram-se resumidos estes casos, com os itens considerados no baremo espanhol com os respectivos valores indemnizatórios.

Quadro III – Resumo das indemnizações em caso de morte

Idade (anos)	Sexo	Família	Prejuízo %	Corresponsabilidade	Portugal (indemnização em euros)	Espanha (indemnização em euros)
44	H	C 2Fm	+ 10%		133 679	194 383
36	H	C 1Fm	+ 15%	- 25%	107 573	124 995
22	H	C 2 A	+ 10%		30 697	97 419
69	H	C 2FM	+ 10%		78 745	97 751
30	M	C 1Fm	+ 5%		60 071	143 714
4	H	2 A			68 673	88 985
25	M	C	+ 5%	- 15%	20 351	86 279
19	H	2 A	+ 5%		66 787	92 991
22	H	2 A	+ 5%		66 791	92 991
32	M	C 1Fm	+ 5%		227 915	144 727
35	H	(1 A)	+ 5%		55 977	33 815

Legenda: H: homem; M: mulher; C: cônjuge; Fm: filho menor; FM: filho maior; A: ascendente; (A): ascendente não convivente

Os valores de indemnização por morte em Portugal variaram entre 20 351 e 227 915 euros com um valor médio de 83 387 euros. Em Espanha variaram entre 33 815 e 194 383 euros, com um valor médio de 108 914 euros. O valor indemnizatório médio foi 1,3 vezes superior em Espanha.

II. Casos de Incapacidade Temporária

Estudaram-se 21 casos de vítimas não mortais, de acidentes ocorridos entre 1981 e 2000, sentenças proferidas entre 1994 e 2006, pelos Tribunais da Relação do Porto, de Lisboa, de Évora, de Coimbra e Supremo Tribunal de Justiça.

No quadro IV resumem-se estes casos, de acordo com os principais critérios de valorização e respectivas indemnizações.

Quadro IV – Resumo das Indemnizações por Incapacidade Temporária/Permanente

Idade	Ipp (%)	Grande Invalidez	Portugal (Euros)	Espanha (Euros)
30	0	não	956	9 334
27	0	não	12 872	3 488
91	-	sim	23 328	25 434
menor	3	não	20 871	3 778
22	5	não	29 219	21 429
27	5	não	17 069	14 107
41	15	não	83 483	22 941
26	20	não	79 309	33 381
60	30	não	89 640	50 153
20	30	não	58 438	79 176
24	30	não	63 973	49 289
47	37	não	111 527	81 426
18	48	não	149 308	66 770
50	48	não	71 692	101 282
27	50	não	64 755	99 064
65	60	sim	53 777	155 768
40	65	não	399 105	114 815
36	65	sim	183 164	319 567
32	90	não	200 360	237 972
59	100	sim	54 264	230 004
18	100	sim	127 120	365 152

Os valores de indemnização por incapacidade temporária com ou sem lesão permanente em Espanha variaram entre 3 488 e 365 152 euros com um valor médio de 99 254 euros.

Os valores de indemnização por incapacidade temporária com ou sem lesão permanente em Portugal variaram entre 956 e 399 105 euros com um valor médio de 90 201 euros.

Existe uma correlação positiva significativa entre as indemnizações por incapacidade temporária com ou sem lesão permanente entre Portugal e Espanha quer relativamente aos valores de indemnização (0,703 $p=0,01$) quer relativamente às IPP (Portugal 0,716; Espanha 0,957 $p=0,01$)

Se considerarmos só os casos em que as vítimas ficaram com grande invalidez devido ao acidente, a média das indemnizações foi em Portugal de 154 649 euros e em Espanha 217 477 euros.

Por outro lado, se considerarmos os acidentes em que foi atribuída às vítimas uma IPP < 50%, os valores indemnizatórios médios foram de 57 978 euros em Portugal e 40 142 euros em Espanha.

Mesmo nestas situações a correlação entre os valores dos dois países é positiva e elevada quer para os valores de indemnização (0,763) quer para as IPP (Portugal 0,833; Espanha 0,896).

Discussão e Conclusões

Os custos directos dos acidentes rodoviários estão estimados em Portugal em cerca de 2 a 3% do PIB. Cada vítima grave corresponde a um custo socio económico estimado de 1 000 000 euros,

A indemnização média/vítima estimada em Portugal (2003/2004) variou entre 8 139 e 9 672 euros,

Em Espanha para o mesmo período o valor estimado variou entre 22 845 e 26 677 euros.

A diferença média de indemnização por morte entre os dois países foi de 25 526 euros, sendo portanto as indemnizações, em média, 1,3 vezes superiores em Espanha.

A diferença média na indemnização por incapacidade temporária com ou sem lesão permanente entre os dois países foi de 9 052 euros, sendo portanto 1,1 vezes superiores em Espanha.

A diferença média para os casos em que as vítimas ficaram com grande invalidez foi de 62 828 euros (1,4 vezes superior em Espanha).

A diferença média para os acidentes em que foi atribuído às vítimas uma IPP < 50%, foi de 17 836 ou seja cerca de 1,4 vezes superior em Portugal.

O intervalo de tempo entre a data do acidente e a decisão final (em 9 casos identificados) variou entre 2 e 13 anos com um intervalo médio de 6,9 anos.

Embora em Espanha sejam mais valorizadas as grandes deficiências, os dois sistemas são igualmente eficazes na atribuição das indemnizações; o sistema espanhol provavelmente com mais eficiência, previsivelmente com menos custos e em menos tempo.

Tem-se demonstrado que o sistema do baremo espanhol é um instrumento útil e prático que tem alcançado o objectivo de evitar o recurso dos sinistros aos tribunais e fomentar a sua resolução rápida (2).

É imprescindível a existência de relatório médico pericial devido à complexidade dos parâmetros de avaliação do dano. A actuação pericial médica

permite mostrar com o maior rigor possível, as consequências que o evento traumático teve sobre a integridade psico-física e saúde da vítima.

Embora nenhuma morte por acidente rodoviário seja justificável, é importante que exista maior justiça social e sistemas de gestão de sinistros mais simples, com menor recurso a tribunais e baseados na responsabilidade objectiva (23).

O parlamento Europeu aprovou recentemente o “Barème Européen” para promover a reparação tabelada dos prejuízos de carácter pessoal, nomeadamente resultantes de acidente de viação, seguindo o princípio de “a sequelas idênticas, graus idênticos, reparação idêntica”.

Devido à necessidade de haver uma avaliação reprodutível por diferentes peritos em diferentes países, conduzindo a conclusões idênticas perante sequelas semelhantes, é necessária a utilização de um barème europeu único.

A Confederação Europeia de Peritos em Reparação e Avaliação do Dano Corporal que reúne Professores Universitários e Profissionais de alto nível de diferentes países da Europa, desenvolveu um “Guide barème européen d’évaluation médicale des atteintes à l’intégrité physique et psychique”.

Ainda que seja necessária maior harmonização entre as legislações e jurisprudência nos diferentes países comunitários, a existência de um bareme europeu constitui a convergência que a União Europeia procura em todas as matérias (12),

Bibliografia

- 1 – Amengual Gabriel Marti. Conceptos básicos de la valoración del daño corporal. In: Master a distancia de Medicina Evaluadora. Tema 1; Modulo 2; Universitat de Barcelona Virtual. 2004. Disponível em: http://www.salud.ubvirtual.com/script/xxxx_MME/scripts/serve_home
- 2 – Amengual Gabriel Marti, Quevedo Javier G. Sistema de valoración de daños personales originados por accidentes de tráfico. In: Master a distancia de Medicina Evaluadora. Tema 8; Modulo 2; Universitat de Barcelona Virtual. 2004. Disponível em: http://www.salud.ubvirtual.com/script/xxxx_MME/scripts/serve_home
- 3 – Asociación Española de Derecho Sanitario. Valoración del daño corporal: responsabilidad profesional. Disponível em: <http://www.portalcienza.net/vdc/vdcrespon.htm>
- 4 – Casals MM. Hacia un baremo europeo para la indemnización de daños? Consideraciones generals sobre el Proyecto Busnelli-Lucas. Disponível em: <http://www.civil.vdg.es/cordoba/pon/martin.htm>
- 5 – Corbella JC. Historia de la Medicina Legal. In: Calabuig, G. Medicina Legal y Toxicología. 6ª ed. Barcelona: Masson; 2004.

- 6 – Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Ministerio de Economía y Hacienda. Disponível em: <http://www.dgsfp.mineco.es/sector/Memoriasinformesanteriores.asp>
- 7 – Dirección General de Tráfico ed. Servicios de Estadística. Madrid 2005. ISSN 1576-8708.
- 8 – Direcção Geral de Viação. Disponível em: <http://www.dgv.pt/estatisticas/estat/sinist.asp>
- 9 – European Federation of Road Traffic Victims. Resolution of the European Parliament. Priorities in EU road safety. A5-0381/2000. Disponível em: <http://www.fevr.org/english.html>
- 10 – EUROSTAT. Disponível em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal>
- 11 – Fédération Européenne des Victimes de la Route. Impact of road death and injury. Disponível em: www.fevr.org
- 12 – Fernández LM, S,L, Abogados, Un baremo europeo de valoración del daño corporal. Disponível em: <http://www.civil.udg.es/cordoba/com/Moreno2.htm>
- 13 – Graça JM, Ramos MJ. A insegurança rodoviária e a gestão da impunidade. Disponível em: <http://www.aca-m.org/documents/conferencias/CRPEstrada.pdf>
- 14 – Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique-CEREDOC. Septembre 2004.
- 15 – Instituto de Seguros de Portugal. Disponível em: <http://www.isp.pt/NR/exeres/F047FAEF5767450CBAB2F6B2976A10CF,frameless.htm>
- 16 – International Traffic Safety Data and Analysis Group. IRTAD Database > Statistics Disponível em : <http://www.cemt.org/IRTAD/IRTADPUBLIC/we31.html>
- 17 – Le Concours Médical. Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en Droit Commun. Barème Officiel annexé au Décret 2003-314 du 4 avril 2003.
- 18 – Lucas FM. Avaliação das sequelas em Direito Civil: Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2005.
- 19 – Magalhães T. Clínica Médico-Legal. Delegação do Porto do INML ed. Porto 2002. Disponível em: http://inml.mj.pt/uef/CLIN_MED_LEGAL184.pdf
- 20 – Marcelino A. Acidentes de viação e responsabilidade civil. 6ª ed. Lisboa: Livraria Petrony; 2003.
- 21 – Ministério da Justiça. Instituto das Tecnologias de Informação na Justiça. Bases Jurídico-Documentais. Disponível em: <http://www.dgsi.pt>
- 22 – Pineda BP, Blázquez MG, Blázquez-Pérez MG. Manual de valoración y baremación del daño corporal. Granada: Colmares ed; 2002.
- 23 – Quintero JMA. Delinquência rodoviária, impunidade e compensação de danos. Disponível em: http://www.apseguradores.pt/boletim/APSNOTICIAS_JAN_MAR_2004/ONLINE/delinquencia.htm
- 24 – Safety Net. Deliverable D4.2 Database Transparency. Building the European Road Safety Observatory. sn-inrets-wp4-d4.2-final-03/02/2006.
- 25 – UNESPA. intranet.icea.es/Almacene/index Disponível em: <http://www.unespa.es>

Resumo: Análise comparativa da valorização das indemnizações por acidente de viação em Portugal e Espanha

Desde que se conhecem leis, é possível encontrar penas e indemnizações por dano corporal. A romana *lex Aquilia*, base do nosso sistema, pressupunha a reparação do dano, valorizava para o homem livre o prejuízo extrapatrimonial, contemplava o estado físico anterior e sequelas do lesado assim como a sua qualificação profissional e a incapacidade temporária. O Código de Napoleão consignou os conceitos de culpa e reparação integral do dano. Com o progresso tecnológico surgem riscos acrescidos de acidente, sem comportamento culposos, tornando insuficiente a responsabilidade civil baseada na culpa, passando parte da reparação para as seguradoras e a sociedade.

Discute-se actualmente na União Europeia a avaliação e reparação do dano. Sendo os acidentes de viação uma causa importante de dano corporal, pretendemos comparar os sistemas de valorização do dano corporal por acidente de viação em Portugal e Espanha. Em Portugal o sistema baseia-se numa peritagem individualizada a valorizar pelo júri; em Espanha utiliza-se um sistema de “baremação” vinculativo.

Em primeiro lugar comparam-se os valores médios pagos nos dois países.

Seguidamente comparam-se os valores de 32 casos reais, julgados em diferentes tribunais e com dados publicados, ocorridos em Portugal, com os valores que se obteriam para os mesmos casos através da aplicação do baremo espanhol. Os valores correspondentes a vários anos foram actualizados de acordo com a taxa de inflação até 2005. Converteram-se os valores pagos em Portugal para o nível de vida em Espanha através da aplicação do ratio dos respectivos PIB.

Os valores de indemnização por morte, em Portugal, variaram entre 20 351 e 227 915 euros (média 83 387 euros). Em Espanha variaram entre 33 815 e 194 383 euros (média 108 914 euros).

Os valores nos casos de incapacidade temporária com ou sem lesão permanente variaram em Portugal entre 956 e 399 105 euros (média 90 201 euros) e em Espanha entre 3 488 e 365 152 euros (média 99 104 euros). Considerando só os casos de grande invalidez a média das indemnizações foi de 88 331 euros em Portugal e 219 185 euros em Espanha. Considerando só os casos em que em Portugal foi atribuída incapacidade permanente inferior a 50%, os valores indemnizatórios médios foram de 57 978 euros em Portugal e 39 918 em Espanha. Em Portugal o intervalo de tempo desde a data do acidente até à decisão final chegou a atingir 13 anos.

Embora em Espanha sejam mais valorizadas as grandes deficiências, os dois sistemas são igualmente eficazes na atribuição das indemnizações; o sistema espanhol provavelmente com mais eficiência, previsivelmente com menos custos e em menos tempo.

Palavras-chave: dano corporal; acidente de viação; indemnização.

Abstract: Comparison of indemnity for body damage due to traffic accidents in Portugal and Spain

Since remote civilizations there has been laws referring to sanctions and indemnity for body damage. In Rome, *lex Aquilia* assumed the need for damage repair, valued for free men extra patrimonial prejudices and temporary incapacity, considered victim's capacity before and after the damage and his professional skills. Napoleon's Code centered the need for total damage repair on "guilt". Technological evolution aggravated risk for "non guilt" accidents needing repair by assurance companies and society.

Evaluation and repairing damage is a central discussing subject in EU. Road accidents being a major cause of body damage, we compare Portuguese and Spanish indemnity systems for road accidents. In Portugal indemnity depends upon a medical legal evaluation to be valued by a judge in court; in Spain there is a mandatory evaluation instrument.

We compare indemnity values paid for 32 cases in Portugal, judged by different courts, with values obtained for the same cases using Spanish "baremo". Values from different years were actualized for inflation rate. Indemnity values in Portugal were also converted to Spanish standard of life using the ratio of both internal products.

Indemnity for death, in Portugal, varied from 20 351 to 227 915 euros (medium 83 387 euros). In Spain they varied from 33 815 to 194 383 euros (medium 108 914 euros).

Indemnity for temporary incapacity with or without permanent lesions in Portugal varied from 956 to 399 105 euros (medium 90 201 euros) and in Spain from 3 488 to 365 152 euros (medium 99 104 euros). Considering major incapacity only medium indemnity was 88 331 euros in Portugal and 219 185 euros in Spain. By the other hand, considering cases with incapacity below 50%, medium indemnity was 57 978 euros in Portugal and 39 918 in Spain.

In Portugal time lapsing between the accident and final court decision was up to 13 years.

Both systems seem equally effective in evaluating damage and determining indemnity even if major incapacity is more valued in Spain. However Spanish system may achieve more rapid decisions with less cost.

Key-words: body damage; road accident; indemnity.

Resumé: Analyse comparative des indemnisations pour dommage corporel en accidents routiers au Portugal et en Espagne

Dès les civilisations les plus anciennes, on rencontre des sanctions et des indemnisations du dommage corporel. À Rome, la *lex Aquilia*, base de notre système, prévoyait sa réparation ; tenait compte, pour l'homme libre, des répercussions extrapatrimoniales, l'état antérieur et l'incapacité permanente et temporaire de la victime et sa qualification professionnelle. Le Code de Napoléon valorise la culpabilité et la réparation intégrale du dommage. Le progrès technologique apporte des risques accrus d'accident, sans "culpabilité" et la réparation des préjudices est aussi assurée par les compagnies assurance et la société.

On réfléchit actuellement dans UE à l'évaluation et réparation du dommage corporel. Les accidents routiers étant une cause majeure de dommage, on a comparé les systèmes d'évaluation du dommage corporel par accident routier au Portugal et en Espagne. Au Portugal le système dépend d'évaluation médico-légale individualisée a valoriser par le juge; en Espagne on utilise un barème obligatoire.

On a comparé les indemnisations payées en 32 cas jugés par différents tribunaux au Portugal, avec les valeurs obtenus pour les mêmes cas en appliquant le barème espagnol. Les valeurs de différentes années ont été actualisées par rapport à l'inflation jusqu'à 2005. On a converti les montants payés au Portugal au niveau de vie en Espagne par le ratio de leurs PIB.

L'indemnisation par mort, au Portugal, a varié entre 20 351 et 227 915 euros (moyenne 83 387 euros). En Espagne entre 33 815 et 194 383 euros (moyenne 108 914 euros).

Les montants en cas d'incapacité temporaire avec ou sans lésion permanente ont varié, au Portugal, entre 956 et 399 105 euros (moyenne 90 201 euros) et en Espagne entre 3 488 et 365 152 euros (moyenne 99 104 euros). Considérant seulement les cas avec incapacité majeure, la moyenne des indemnisations fut de 88 331 euros au Portugal et 219 185 euros en Espagne. Par contre, les cas avec incapacité inférieure à 50% on reçu en moyenne 57 978 euros au Portugal et 39 918 en Espagne.

Au Portugal le temps depuis l'accident jusqu'à la décision judiciaire fut de 13 années au maximum.

Les deux systèmes se montrent également efficaces dans l'évaluation du dommage et l'attribution d'indemnisations mais en Espagne les grandes incapacités furent plus valorisées. Le système espagnol pourra être moins onéreux et plus cèle.

Mots-clés: dommage corporel; accident routier; indemnisation.

Pedido de separatas:

MANUEL TADEU CORRREIA ALBUQUERQUE

R. Jorge Barradas 39, 1.º Dto.

1500-369 LISBOA

mtca@netcabo.pt; manuel.albuquerque@unimed.pt

Consecuencias médico-legales de la Fibromialgia y síndromes relacionados

Claudio Hernández-Cueto¹

1. Introducción

Más de 50 millones de ciudadanos de EEUU sufre algún tipo de incapacidad permanente parcial o total debido a un dolor crónico. Supone un coste que oscila entre los 60.000 y los 80.000 millones de dólares al año en pérdidas de productividad y gastos médicos. El dolor crónico más habitual es el de espalda. El de cuello está casi igual de extendido. El 60% padece de forma simultánea ambos dolores durante al menos tres meses. El 10% de la población sufre por lo menos un episodio de dolor muscular generalizado.

Son muchos los autores que consideran que los trastornos por dolor crónico no son adecuadamente valorados por los médicos (11), cuando realmente estamos hablando de una situación que afecta entre el 9 y el 13% de la población.

En la actualidad en nuestro país, en lo que se refiere a la fibromialgia (FMA) se establece una prevalencia entre el 5 y el 10% de los pacientes asistidos en un Servicio de Reumatología (19).

1.1. Definición

La Fibromialgia (FMA) es una enfermedad frecuente, que afecta al 2% de la población española, con preferencia por el sexo femenino (80-90%) y todos los segmentos de edad, excepto la infancia, aunque con preferencia por la mediana edad.

¹ Profesor Titular de Medicina Legal de la Universidad de Granada, España.

Dos características la definen (18):

1. Dolor crónico generalizado.
2. Sensibilidad exagerada a la presión en determinadas zonas.

A éstas deben sumarse, según OJEDA y DÍEZ (21) alteraciones psicológicas, como ansiedad, depresión y sueño de mala calidad.

1.2. Antecedentes

El término “reumatismo” proviene del griego “reuma” (Humor, sustancia), creyéndose en la antigüedad que provenía de una sustancia que se producía en la cabeza y que, al caer, afectaba a músculos y articulaciones produciendo dolor en articulaciones y músculos.

Durante el siglo XVIII se conoció que bajo el término reumatismo se encerraba un gran número de enfermedades, distinguiéndose la existencia de cuadros como la fiebre reumática, la artritis reumatoide y la gota, naciendo también el término “artritis” para describir la inflamación de las articulaciones.

En el XIX se descubrió una forma de reumatismo muscular no deformante, con dolor e hipersensibilidad del tejido fibroso en determinados puntos y regiones anatómicas, acuñándose el término “fibrositis” (inflamación del tejido fibroso), pero sin encontrarse lesión de base en las biopsias que se practicaban. Su frecuente aparición entre los soldados durante la Iª Guerra Mundial, llevó a que se hablará de “reumatismo psicógeno”.

GOWERS en 1904 (21) habló de un proceso doloroso por afección de los septos musculares al que llamó Síndrome Fibrosítico. En la década de los sesenta del siglo XX, al comprobar que no había un componente inflamatorio, se cambió al término “fibromialgia” (dolor en músculos y tejidos fibrosos). En 1990 se publicaron los criterios de clasificación de esta enfermedad por parte del Colegio Americano de Reumatología que podríamos considerar definitorios (26)

- Dolor difuso crónico en los cuatro cuadrantes del cuerpo.
- Sensibilidad exagerada a la palpación en los sitios anatómicos específicos (18), debiendo ser positivo, al menos, en 11 de ellos.

Después de la definición de FMA formulada por el *American College of Rheumatology* en 1990, la OMS la reconoció en 1992 y la incluyó en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0 (en la CIE-9-MC es el 729.0). Ha sido también registrada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) con el código X33.X8a (24).

La Clasificación de Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CID-10) de la OMS de 1992 que incluye, dentro del capítulo de las enfermedades somatoformes (V F45), la Perturbación Dolorosa Somatoforme o Psicalgia (F45.4) de difícil diferenciación con lo antes expuesto, lleva frecuentemente a discusiones diagnósticas entre especialistas (17).

Los requisitos empleados desde entonces ya han sido comentados:

1. Historia dolor generalizado durante, al menos, tres meses. Se considera generalizado cuando está presente en todas las áreas siguientes: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar). Se considera generalizado cuando existe en el esqueleto axial y en, al menos, tres de las cuatro cuadrantes corporales (dividiendo el cuerpo con una línea vertical longitudinal que separe dos hemicuerpos derecho e izquierdo y una línea transversal que pase por la cintura que separe dos mitades superior e inferior) o, excepcionalmente, sólo dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal.
2. Dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos.

El mismo Colegio Americano relacionó otras características secundarias distintivas de este padecimiento:

- fatiga que no mejora con el reposo.
- Alteraciones del sueño.
- Entumecimiento difuso del cuerpo por las mañanas.
- Hormigueo o calambres en brazos y piernas.
- Dolor de cabeza.
- Intestino irritable.
- Fenómeno de Raynaud.
- Ansiedad o depresión.

Siendo todos estos elementos más frecuentes en pacientes de fibromialgia que en otras enfermedades.

2. Formas de presentación

- FMA **primaria**: cuadro clásico con dolor generalizado, puntos sensibles y ausencia de otra patología.

- FMA **concomitante**: aparece asociada con otras patologías que explican parte de la sintomatología pero no toda.
- FMA **secundaria**: FMA como manifestación de otra enfermedad y que se beneficia del tratamiento de ésta: polimialgia, alteraciones endocrinas (Hipotiroidismo), infecciones (brucelosis) y síndromes paraneoplásicos.
- FMA **juvenil**: 9-17 años, sobre todo niñas de 13 a 15 años.
- FMA **del anciano**: aparición en personas de más de 65 años.
- FMA **reactiva**: hay un episodio específico inmediatamente antes del inicio de la FMA: traumatismo (especialmente accidente de tráfico), infección, cirugía y sucesos estresantes.
- FMA **Regional**: superponible al síndrome de dolor miosfacial con afectación de uno o más cuadrantes corporales.

2.1. Grados de la Fibromialgia

- Grado 1: No alteraciones estructurales, no atrofia muscular, no osteopenia observable mediante RX, no alteraciones articulares, no trastornos de la movilidad, pérdida defuerzas, parestesias con EMG normal, puntos positivos, alteraciones del sueño y déficits cognitivos.
- Grado 2: Atrofia muscular ligera, aumento de peso, posiciones viciosas, contracturas musculares, signos radiográficos negativos, alteraciones cognitivas y del sueño más marcadas, limitación parcial de la movilidad articular.
- Grado 3: Rigideces articulares graves (incluso anquilosis), signos de artrosis radiográfica, posiciones viciosas de tronco y extremidades (necesidad de férulas de descanso, prostrado en cama, signos de osteopenia, alteraciones del sueño, funciones cognitivas, alteraciones psiquiátricas que exigen psicofármacos.

3. Etiología

La FMA suele afectar más a personas previamente sanas. El 50% refiere el comienzo a una lesión, una infección, el estrés o a un trauma emocional (10). No existe afección articular, muscular o tendinosa alguna, ni se produce degeneración o deterioro progresivo; aunque sí hay alguna alteración sutil en las funciones musculares: los músculos no se relajan normalmente entre contracciones.

3.1. Predisposición Genética

La fibromialgia afecta frecuentemente a varios miembros de una misma familia. Los estudios se centran en las variaciones del gen que da origen a la enzima encargada de inactivar a la adrenalina o Catecol – O – metil-transferasa (COMT). De hecho, en el año 2003 un grupo de investigadores de la Universidad de Michigan dirigidos por el Dr. Zubieta demostraron que una mutación puntual de dicho gen produce una enzima “perezosa” que no degrada bien la adrenalina y, al mismo tiempo, hace que las personas perciban los estímulos dolorosos con especial intensidad. El gen de la COMT, ubicado en el cromosoma 22, cuando tiene una mutación en el codón 158. Dicha mutación puede ser de dos tipos: la que se produce en el extremo val-158-val produciendo una enzima que degrada a la adrenalina de forma eficaz y que posee un 25% de la población; por otro lado, cuando la mutación se produce en el extremo met-158-met, que la posee también el 25% de la población, produciéndose la enzima “perezosa”. El otro 50% de la población presenta un gen heterocigoto efectivo ante la adrenalina (27).

GURSOY en el 2003 (12) comprobó que esta enzima perezosa se asocia a la mayor sensibilidad al dolor.

3.2. Causas de la FMA

MOLDOSKY (20) demostró en su día alteraciones EEG de los pacientes de FMA durante el sueño por intrusión de ondas alfa en periodos de ondas delta con la consecuencia de sueño fragmentado y no reparador.

Mediante SPECT (Tomografía computarizada mediante emisión de protones singulares) los pacientes de FMA presentan disminución del flujo sanguíneo cerebral sobre todo en tálamo, centro encargado de inhibir las sensaciones dolorosas y que regula el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), así como trastornos de neurotransmisores (disminución de niveles de serotonina) (1).

Se ha demostrado también una incesante hiperactividad simpática permanente con deficiente respuesta a estímulos. Ello podría explicar la fatiga constante, dado que el sistema (agotado) no es capaz de llevar a cabo tareas adicionales; la falta de sueño por la hiperactividad simpática nocturna; la ansiedad por el exceso constante de adrenalina, que explicaría también la sequedad de boca y ojos; aunque el exceso de adrenalina debería producir HTA, la hipotensión puede explicarse por agotamiento de los receptores específicos ante la intensidad y permanencia del estímulo. El dolor se justificaría como “dolor neuropático mantenido por el sistema simpático”

por alteración intrínseca en las vías transmisoras del dolor causado por la adrenalina en exceso.

La mayor incidencia en mujeres (8:2/9:1) sugiere que la intervención de los estrógenos es esencial, lo que adquiere mayor verosimilitud dado que muchas mujeres experimentan mayor dolor durante cada uno de los ciclos menstruales, pero no se han comprobado modificaciones en los niveles de estrógenos en los enfermos de FMA.

4. Sintomatología

4.1. Factores desencadenantes

Los traumatismos, y especialmente el Esguince Cervical, está entre los antecedentes de un tercio de los enfermos de fibromialgia. También diversos tipos de infecciones como la enfermedad de Lyme, producida por espiroquetas, y diversas infecciones virales aún no bien definidas (21). También los traumas emocionales, incluidos los abusos sexuales. Sin embargo, todos estos elementos parecen ser más “despertadores” del proceso que auténticos agentes etiológicos.

4.2. El dolor

Es elemento definidor de la fibromialgia: dolor intenso que, en una escala de 0 a 10, la mayoría de los pacientes sitúan en torno a 7, siendo más acusado en el cuello, en la parte baja de la espalda o en las piernas, con diversos factores moduladores: los cambios de clima, los periodos de ciclo menstrual, la calidad del sueño en la noche previa y la tensión emocional. Puede haber días livianos pero, en general, las primeras horas de la mañana concentran la máxima intensidad (18). Los pacientes lo describen como quemazón, molestia o desazón (21).

Este dolor se acompaña con frecuencia de parestesias en extremidades, siendo un dato importante en el diagnóstico diferencial entre el dolor fibromiálgico y otros padecimientos reumáticos.

También hay dolor de cabeza que puede ser difuso o como migraña.

Entre las personas que padecen FMA el 50% sufre cefaleas crónicas y el 50% migraña (23).

Pero la fibromialgia es mucho más que dolor, aunque no todas las molestias se presentan en todos los casos sino que lo hacen más frecuentemente en el caso de la fibromialgia que en otras enfermedades reumáticas (18):

- a) **Fatiga:** que no mejora con el reposo. La actividad desgasta a las pacientes y se levantan tan cansadas o más que como se acostaron, existiendo un solapamiento entre fibromialgia (FMA) y síndrome de fatiga crónica (SFC).
- b) **Sueño no reparador:** irritado, con sobresaltos. En la fase de sueño profundo (estadio IV) de ondas delta que corresponde al sueño reparador, interrumpen ondas alfa que se traducen en sobresaltos, lo que se ha comprobado mediante EEG (20), afectando al 90% de los pacientes de FMA. Presentan movimientos involuntarios en las piernas, condensación dolorosa y desagradable (síndrome de piernas inquietas).
- c) **Niebla mental:** pacientes ofuscados, con dificultad para concentrarse y tener un pensamiento claro (fibroniebla), con afectación de la memoria reciente. Dificultad para el lenguaje complejo. No son trastornos similares a las demencias.
- d) **Sequedad en ojos y boca:** al igual que sucede en otra enfermedad reumatoide, el síndrome de Sjogren que presenta además inflamación de glándulas salivares y lacrimales.
- e) **Palpitaciones y dolor precordial**
- f) **Mareos, desmayos:** lo que se asocia con la hipotensión presente en estos pacientes.
- g) **Intestino irritable:** afecta al 30-50% de los pacientes de FMA.
- h) **Manos frías y amoratadas:** Constricción violenta de los vasos sanguíneos de las manos y de los pies como respuesta al frío, por lo que se habló de una asociación con el fenómeno de Raynaud, aunque no parecen tener la misma base.
- i) **Síndrome temporomandibular:** Bruxismo con disminución de apertura de la arcada dentaria y dificultad de la masticación.
- j) **Cistitis no infecciosa:** nicturia con dolor y ardor a la micción pero sin infección, es lo que se llama cistitis intersticial.
- k) **Dolor vaginal:** constante o intermitente, sin base infecciosa.
- l) **Endometriosis:** se ha observado una frecuente asociación con la FMA.
- m) **Alteraciones inmunológicas:** frecuentes relaciones alérgicas con dermatitis y conjuntivitis, catarros recurrentes, candidiasis vaginal, enfermedad tiroidea autoinmune (7).

n) **Consecuencias psicológicas:** la ansiedad es frecuente, muchas veces con depresión asociada, generalmente de carácter reactivo. Realmente depresión y fibromialgia se asocian frecuentemente, aunque la primera pasa desapercibida en muchas ocasiones en el primer abordaje médico del cuadro, no siendo reconocida, ni tratada en muchos enfermos con dolor crónico según ALONSO (2).

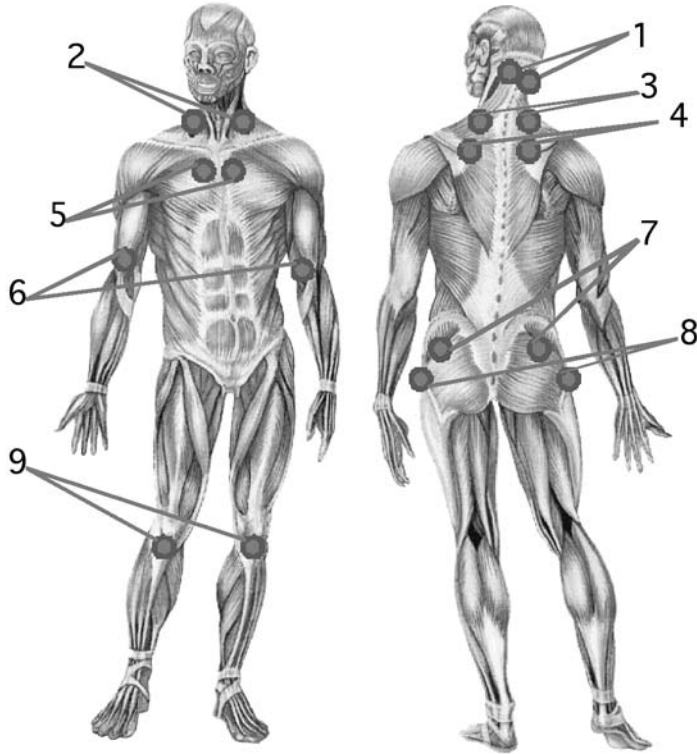
La FMA no es una enfermedad psiquiátrica, ni una manifestación de una histeria de conversión o de un trastorno de somatización. Sin embargo, el 30% de los pacientes de FMA sufre depresión y el 70% la ha sufrido en algún momento de su vida. Además hay que tener en cuenta que la depresión reactiva es una manifestación frecuente en toda enfermedad crónica. Algunos autores cuantifican la asociación entre FMA, depresión, ansiedad y estrés entre el 70 y 90% del total de los afectados (19).

o) **Alteraciones al examen físico:** los hallazgos al examinar a un paciente de FMA son escasos, lo que puede llevar a pensar que no sufren de ninguna enfermedad; pero es características la hipersensibilidad a la palpación en determinados puntos, 18 puntos (9 en cada lado del cuerpo) bien definidos:

1. Occipital (dorsal): en la zona posterior donde interseccionan los músculos occipitales.
2. Cervicales bajos (ventral): a la altura de las apófisis transversas de C5 a C7.
3. Trapecio (dorsal): en el punto medio del músculo.
4. Suprespinoso (dorsal): en su origen, en el borde superior interno de la escápula.
5. Segunda costilla (ventral): en su unión con el esternón.
6. Epicóndilo lateral (ventral): en la prominencia ósea del húmero
7. Glúteo (dorsal): en el cuadrante superior externo.
8. trocánter mayor (dorsal): en el relieve óseo del fémur.
9. Rodilla (ventral): en el cojinete graso medial.

Se trata sólo de puntos orientativos ya que se consigue esa respuesta anormal casi en cualquier punto del cuerpo (alodinia). Hipotensión, con presión sistólica por debajo de 100 mm Hg. Lívido reticular (red venosa superficial de extremidades, más aparente con el frío), aunque se presenta en otras enfermedades como el lupus eritomatoso y síndrome antifosfolípídico.

Puntos dolorosos



(algunos autores añaden: tendones aquilianos bilateral en punto de inserción del calcáneo, y calcáneo bilateral [se confunde con espolón]) (21)

5. Diagnóstico y diagnóstico diferencial

5.1. Diagnóstico

Debe establecerse por la conjunción de los siguientes elementos (21):

1. Cuadro doloroso de larga duración (>12 meses) y puntos dolorosos positivos (al menos 11 de los 18).
2. Pruebas para valoración del dolor.
3. Laboratorio e imágenes normales.
4. Antecedentes de alteraciones del sueño, alteraciones psíquicas o utilizan mediación antidepresiva.

5. Termografía para objetivar zonas dolorosas.

Pudiendo ser de utilidad la prueba de Valoración del Dolor (L.O.P.):

Diferencias entre el paciente con dolor y el simulador

	Dolor exagerado	Dolor psicossomático	Dolor objetivo	Simulación
Control consciente de síntomas	No	No	No	Sí
Dramatismo	Sí	No	No	Sí
Deseo de participar en los exámenes	Sí	Sí	Sí	No
Respuesta a la psicoterapia	Moderada	Buena	Moderada	Pobre
Resolución con convenio legal a su favor	No	No	No	Sí
Preocupación por síntomas	Mucha, pero fácil distracción	Leve	Leve	Total, pero no distraído
Base orgánica	Sí	No	Sí	No
Conducta variable con el médico	No	Sí	No	Sí

- L.O.P.= López-Ojeda-Padrón (Tabla de Foyle-Payne modificada).

Un buen sistema de evaluación de la FMA, especialmente empleado para evaluar la evolución del enfermo y la utilidad real de las medidas terapéuticas adoptadas) es el *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)* desarrollado por la Universidad de Oregón en 1991., que se comporta como excelente test diagnóstico y de extraordinaria sensibilidad. El cuestionario original fue modificado en 1997 y en 2002. La última versión se encuentra disponible en la página web de la *Oregon Fibromyalgia Foundation* (www.myalgia.com/FIQ/FIQ.htm) (6).

5.2. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de FMA es difícil, no existe prueba de laboratorio alguna que lo apoye y debe soportarse sobre todos los criterios y síntomas antes relacionados, siendo especialmente importante descartar otras patologías relacionadas que también presentan dolor generalizado y fatiga (8, 10, 19):

1. **Artritis Reumatoide:** enfermedad reumática frecuente que afecta al 1% de la población, la mayoría mujeres. El 90% de los casos presentan el factor reumatoide presente en sangre.
2. **Lupus eritematoso:** afecta sobre todo a mujeres jóvenes, de carácter autoinmune; se presenta dolor en las articulaciones, pero con menos inflamación articular que en el caso anterior, hay fatiga, pero se presenta también eritema en alas de mariposa en mejillas, sensibilidad a la luz solar, fiebre, afectación renal con proteinuria, hay disminución de linfocitos y presencia de anticuerpos antinucleares y anticuerpos específicos como antiADN, antiSm, antiRo/SSA, antiLa/SSB, antiRNP.
3. **Polimialgia reumática:** afecta a personas mayores de 50 años como dolor difuso cervical y lumbar. Se presentan alteraciones de la velocidad de sedimentación y de la proteína C reactiva (inflamación).
4. **Espondilitis anquilosante:** Afecta sobre todo a varones jóvenes, dolor lumbar bajo, hinchazón de articulaciones y tendones de las piernas. Se observa afección radiográfica de las articulaciones sacroiliacas e incremento de niveles de antígeno HLA-B27.
5. **Compresión de los troncos nerviosos:** por afección de los agujeros de conjunción en la columna, el síndrome del túnel carpiano y otros que pueden distinguirse de la FMA y llegar al diagnóstico con la EMG.
6. **Malformación de Arnold-Chiari:** compresión de la parte baja del cerebelo produciéndose debilidad y hormigueo en MMSS, alteraciones de la marcha, dolor cervical, se observa atrofia muscular en MMSS con hiporreflexia, Babinsky +. Mediante RMN se comprueba la compresión de las amígdalas cerebelosas, lo que ayuda a confirmar el diagnóstico.
7. **Síndrome de Sjogren:** enfermedad autoinmune con sequedad constante de ojos y boca por inflamación crónica de los lacrimales y de las glándulas salivares. El laboratorio muestra a menudo presencia del factor reumatoideo o anticuerpos antinucleares específicos: antiRo/SSA o antiLa/SSB. Al igual que en el caso del Lupus hay pacientes que tienen el síndrome de Sjogren y la FMA.
8. **Esclerosis múltiple:** en sus primeras etapas puede asemejarse a la FMA antes de que aparezcan los déficits neurológicos.

9. **Alteraciones funcionales de Tiroides:** tanto el hiper, como el hipotiroidismo pueden acompañarse de fatiga extrema.
10. **Déficit suprarrenal:** por afección de la corteza y disminución de la producción de cortisona.
11. **Hepatitis C crónica:**
12. **Síndrome de la Fatiga Crónica (SFC) (Encefalomiелitis miálgica):** fatiga de más de seis meses de duración no explicada por otra patología. Para considerar la existencia de este SFC deben aparecer al menos cuatro de los siguientes ocho síntomas de manera persistente:
 - dolor muscular
 - dolor articular
 - irritación de la garganta.
 - Ganglios de cuello hinchados y sensibles a la palpación.
 - Trastornos de concentración y de memoria.
 - Dolor de cabeza.
 - Malestar después del ejercicio.
 - Trastornos del sueño.

Manifestaciones muy similares a la FMA, aunque en el SFC se piensa en la posibilidad de una infección viral lo que aún no ha sido demostrado.

La mayoría de las personas que sufren SFC padecen también FMA. Tanto la fatiga como los trastornos cognitivos están asociados a diversos cambios psicológicos en el sistema nervioso central y en el sistema nervioso autónomo. Son síntomas reversibles y no se produce demencia ni daños progresivos. (15).

1. **Síndrome de la Guerra del Golfo:** que se ha presentado en veteranos norteamericanos y británicos de dicha guerra de 1991. A su regreso presentaron fatiga extrema, dolores musculares y articulares, dificultad para la concentración mental y la memoria, febrícula y diarreas. Se calificó primero de “nerviosismo por estrés”, aunque ahora se ha demostrado que hay trastornos del sistema nervioso autónomo. De los 700.000 soldados de EE.UU. que estuvieron en la Guerra del Golfo 60.000 (10%) sufrieron este síndrome, el mismo porcentaje que el dolor crónico y la fatiga en la población general. El estrés de guerra (acuñado en la IIª Guerra Mundial y el Síndrome de estrés postraumático (tras la guerra de Vietnam) englobaban cuadros similares (13).

2. **Distrofia simpático-refleja:** tras un traumatismo en miembros presentan dolor, sensibilidad exagerada a la palpación e hinchazón difusa. Se trata de un trastorno simpático muy parecido a la FMA, de tal forma que algunos médicos consideran que la FMA es una Distrofia simpático-refleja generalizada (5).
3. **Síndrome postpolio:** con debilidad y atrofia muscular, con fatiga profunda y dolores musculares difusos y articulares.

6. Tratamiento

No existe un tratamiento específico de la FMA, pero se puede conseguir cierta mejoría de la calidad de vida con estas medidas:

1. Diagnóstico firma.
2. Explicación clara de la enfermedad al paciente.
3. Evitar factores desencadenantes o agravantes, corregir alteraciones de la deambulación, adoptar posiciones ergonómicas, evitar pesos, etc.
4. Tratamiento de los trastornos psicológicos asociados (depresión, ansiedad, trastornos del sueño).
5. Paliar el dolor: masajes, fisioterapia, analgésicos, infiltraciones, etc.

6.1. Decálogo de la SER (Sociedad Española de Reumatología) contra la fibromialgia

1. **Aprenda a convivir con su dolor:** si asumimos su existencia, aprendemos que lo relaja y qué lo exacerba, estando entonces en situación de buscar soluciones.
2. **Controle sus emociones:** las enfermas de FMA tienden a desarrollar sentimientos negativos como ira, enfado, depresión, sensación de fracaso, culpa,... siendo necesario evitar que se cronifiquen y se conviertan en un problema añadido. Deben reconocer todo lo positivo que les sucede.
3. **Controle su estrés:**
4. **Evite la fatiga:** es igual de negativo permanecer en inactividad, como realizar demasiadas tareas. Hay que intercalar descanso entre las tareas y llegar a un ritmo adecuado y controlable.
5. **Haga ejercicio:** de gran efecto terapéutico en la FMA. El ejercicio ayuda a disminuir el dolor, favorece el sueño, mejora la sensación

- de fatiga, disminuye la ansiedad y la depresión. 30-40 minutos de ejercicio suave (caminar, correr, bicicleta, bailar)
6. **Relaciónese con los demás:** verbalizar el problema, hablar de ello con amigos, alivia las preocupaciones.
 7. **Proteja su salud:** evitar el tabaco (excitante nervioso que dificulta el control del dolor), igual el alcohol en exceso, la cafeína,
 8. **Use con precaución los medicamentos:** los analgésicos y antiinflamatorios con menos efectivos ante el dolor crónico que ante el agudo. Opiáceos, antidepresivos, anticonvulsivantes, etc. Deben ser utilizados bajo control médico.
 9. **Use con precaución las medicinas alternativas:** el dolor puede mejorar con diversas opciones alternativas como el yoga, la acupuntura, la quiropraxis, el Tai-Chi, etc. pero deben emplearse contando con la opinión del médico y su conocimiento, desconfiando de soluciones “mágicas” del charlatanismo.
 10. **Sea constante:** conseguir resultados precisa tiempo y es necesaria paciencia que ayude también a afrontar adecuadamente los periodos de agudización y empeoramiento que siempre se producen.

7. Ordenación de prestaciones de la FMA

En el 2004 el Ministerio de Sanidad y Consumo editó la “Ordenación de Prestaciones” en FMA. Está elaborado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y fue elaborado a instancias de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados que el 19 de septiembre de 2000 aprobó una Proposición no de ley sobre la asistencia médica y social de las personas que sufren FMA (24):

“El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Analizar...la incidencia y problemática de la FMA y la necesidad o conveniencia de difundir entre los profesionales de Atención Primaria la evidencia científica de la existencia de esta enfermedad, el protocolo diagnóstico y las alternativas terapéuticas
2. Mantener la máxima coordinación con las Asociaciones de Autoayuda en la labor de apoyo, información y orientación que realizan a los enfermos afectados por la FMA y sus familiares.

El texto del Ministerio establece los siguientes elementos de especial interés:

Anamnesis

Fundamental para el diagnóstico de la FMA. El síntoma clave es el dolor que se agrava con el frío, el estrés y la actividad física mantenida. Hace falta interrogar sobre su aparición y antecedentes traumáticos, físicos o psicológicos, relacionados con su inicio, localización, irradiación, ritmo, intensidad, situaciones que lo empeoran o mejoran, respuesta a analgésicos...

Se acompaña frecuentemente de rigidez matutina, parestesias en manos y pies, fatiga-astenia y alteraciones del sueño.

Otros síntomas frecuentes son: cefalea, acúfenos, inestabilidad, alteraciones de la concentración o memoria, disfunción tempormandibular, dolor miofacial y colon irritable.

Hay que evaluar los antecedentes psiquiátricos: antecedentes personales y familiares de trastorno mental, nivel de apoyo social, perfil de personalidad, etc.

Exploración física

Movilidad y aspecto articular normales (salvo que coexistan con otra enfermedad osteoarticular. Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios. La presión digital debe ser de 4 Kg (cuando la coloración ungueal del explorador cambia a blanca

8. Fibromialgia y actividad laboral

Dolor, fatiga y neblina mental incapacitan negativamente las actividades de la vida diaria, incluyendo las profesionales. Los enfermos de fibromialgia son muy variables: desde personas que pueden hacer una vida prácticamente normal, a otras con situaciones muy incapacitantes que precisan incluso de ayuda de tercera persona, siendo la incidencia de la IP en esta enfermedad prácticamente similar a la de la Artritis Reumatoide (18).

Se trata de peritajes complejos dado que no hay pruebas físicas aplicables, datos extraíbles de la exploración radiológica, certeza bioquímica que objetivar mediante técnicas de laboratorio, etc. para poder demostrar la existencia de la fibromialgia. El dolor crónico, como síntoma fundamental, es un elemento con alta carga subjetiva, lo que dificulta su cuantificación.

Ser capaces de reintegrar al paciente de fibromialgia al mundo laboral, evitando la IP debe ser la meta fundamental. La Asociación Americana de Medicina del Trabajo recomienda para ello una intervención multidiscipli-

nar con médicos, psicólogos y terapeutas ocupacionales, ajustando diversos factores:

- a) Anular factores estresantes en el puesto de trabajo.
- b) Ajustar las exigencias del puesto del trabajo con las capacidades reales del paciente para evitar discrepancias.
- c) Conocer si hay depresión u otro trastorno psicológico para actuar de inmediato sobre él.
- d) Aprovechar los periodos de descanso que puede ofrecer la IT.
- e) Reentrenar al paciente para otro puesto de trabajo cuyas cargas sí puede afrontar

9. Dependencia

Un enfermo grave de FMA puede sufrir una situación enormemente invalidante de tal modo que se produzcan situaciones de las previstas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (16).

Un 9% de la población española, según la Encuesta sobre Discapacidades y Estado de Salud de 1999, presenta alguna discapacidad o limitación que causa una dependencia para las actividades de la vida diaria o necesidades de apoyo para su autonomía personal en igualdad de oportunidades. Para ellos se dictó la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, siguiendo así los mandatos de la ONU, La Unión Europea y la propia Constitución de 1978, en sus artículos 49 y 50 donde se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovidos por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos.

En virtud de ello se establecen diferentes Grados de Dependencia:

- Grado I: Dependencia moderada.
Necesita ayuda para afrontar varias de las actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o necesita apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II: Dependencia severa.
Necesita ayuda para afrontar varias de las actividades básicas de la vida diaria varias veces al día pero no el apoyo de un cuidador o apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III: Gran Dependencia.

Necesita ayuda para afrontar varias de las actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y necesita apoyo continuo e indispensable de otra persona o necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Dicha situación puede ser evaluada mediante el Baremo de Valoración de Dependencia contenido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril (25), que establece una escala de valoración en puntos que se correlaciona con los grados antes comentados de la siguiente forma:

Grado I: de 25 a 49 puntos.

Grado II: de 50 a 74 puntos.

Grado III: de 75 a 100 puntos.

Considerándose dos niveles para cada Grado en función de su autonomía personal y de la intensidad de cuidado que requiere según lo establecido en el apartado 2 del artículo 26 de la Ley 39/2006:

Grado I:

Nivel 1: de 25 a 39 puntos

Nivel 2: de 40 a 49 puntos

Grado II:

Nivel 1: de 50 a 64 puntos.

Nivel 2: de 65 a 74 puntos

Grado III:

Nivel 1: de 75 a 89 puntos

Nivel 2: de 90 a 100 puntos.

Se valoran las siguientes actividades de autocuidado, movilidad y tareas domésticas de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la OMS (2001):

- Comer y beber.
- Regulación de la micción/defecación
- Lavarse
- Otros cuidados corporales
- Vestirse
- Mantenimiento de la salud
- Transferencias corporales:

- Sentarse
 - Tumbarse
 - Ponerse de pie
 - Transferirse sentado
 - Transferirse tumbado
- Desplazarse dentro del hogar
 - Desplazarse fuera del hogar
 - Tareas domésticas:
 - Preparar comidas
 - Hacer la compra
 - Limpiar y cuidar la vivienda
 - Lavar y cuidar la ropa
 - Tomar decisiones

Para cada una se valora:

- a) Capacidad de desempeño (Sí o No)
- b) Problemas en el desempeño: ejecutable o no.
- c) Grado de apoyo necesario:
 - a. SP: supervisión/preparación
 - b. FP: asistencia parcial
 - c. FM: asistencia física máxima
 - d. ES: asistencia especial.

10. Minusvalía

La valoración de la minusvalía en un enfermo grave de FMA debe ser también atendida y ello de acuerdo a las posibilidades que ofrece nuestro Ordenamiento y, en concreto, la Ley 13/1982 de Integración Social de los minusválidos y el Real Decreto 383/1984 que estableció como baremo de aplicación el desarrollado por la Asociación Médica Americana desde su primera edición de 1970 (*Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*) (3).

Dicho baremo sin embargo no establece un sistema de valoración del dolor al uso indicando que el dolor, como manifestación con fuerte carga subjetiva, debe ser valorada exclusivamente por medio del criterio médico, debiendo ser estable, sin posibilidad de tratamiento y afectando al desarrollo de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Para tal fin, puede ser de especial utilidad los criterios de evaluación de las mismas establecidos como el Índice de Katz, el Índice de Barthel, la Escala de Incapacidad Física del Hospital de la Cruz Roja, la Escala de autoevaluación de Kenny, la Escala Pace II, etc. Y, para la valoración de la afectación del desarrollo de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, la Escala del Philadelphia Geriatric Center (14).

La última edición de las Guías AMA (año 2005) establece cuatro niveles de graduación del daño por perturbaciones dolorosas que pueden ayudar al médico valorador y que van desde una cuadro de intensidad y frecuencia ligeras, que se agrava por las exigencias de las actividades de la vida diaria, sin casi sufrimiento emocional y sin necesidad de tratamiento regular de su dolor (Grado 1); hasta una situación de dolor continuo con intensidad cifrada en 9 sobre 10, que necesita ayuda de terceras personas para la mayoría de las actividades de la vida diaria, con grave sufrimiento emocional y con necesidad de soporte farmacológico máximo diario (Grado 4).

Igualmente, la cuantificación del grado de minusvalía en función de la dificultad para afrontar las actividades de la vida diaria puede ser de utilidad la escala de DEMETER Y ANDERSON (9).

Bibliografía

- 1) Alnigenis MN, Barland P. Fibromyalgia syndrome and serotonin. *Clin Exp Rheumatol* 2001; 19: 205-210.
- 2) Alonso F. Association between chronic pain and depression. *An R. Acad. Nac. Med* 2005; 112/4: 595-612.
- 3) American Medical Association. Guías para la evaluación de las deficiencias permanentes. Madrid: Ed. Instituto Nacional de Servicios Sociales, Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
- 4) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
- 5) Amigo MC, Coindreau J, Canoso J. Fibromyalgia: a generalized reflex sympathetic dystrophy? *Clin Exp Rheumatol* 2000; 19: 1-3.
- 6) Bennett R. The Fibromyalgia impact questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23/39: 154-162.
- 7) Bazzighi L, Rossi A, Giuliano T, De Fero F, Giacomelli C, Consensi A, Ciaparelli A, Consolli G, Dell'osso L, Bombardieri S. Association between thyroid autoimmunity and fibromyalgia disease severity. *Clin Rheumatol* 2007; 9 (in press).
- 8) Clauw D. Fibromyalgia and diffuse pain syndromes. En: Klippel JH, ed. *Primer on the Rheumatic Diseases*. Atlanta; 2001 p. 188-193.

- 9) Demeter SL, Anderson GBJ. Disability Evaluation. 2nd ed. St. Louis: Mosby (Elsevier Science), American Medical Association; 2003; p. 293-296.
- 10) Goldberg DL. Fibromyalgia and related syndromes. En: Hochberg MC, ed. Rheumatology. London: Mosby; 2003. p. 701-710.
- 11) Graber S. La pericia del dolor. Rev Franç Domm Corp 2005; 31(1): 63-67.
- 12) Gursoy S, Erdal E, Herken H. Significance of Cathecol-O-Methyltransferase gene polymorphism in fibromyalgia síndrome. Rheumatol Int 2003; 23: 104-107.
- 13) Haley RW. Is there a Gulf war Syndrome? Searching for syndromes by factor analysis of symptoms. JAMA 1998; 277: 215-222.
- 14) Hernández-Cueto C. La valoración médica del daño corporal: Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. Barcelona: Masson S.A.; 2001.
- 15) Komaroff AL, Buchwald DS. Chronic fatigue syndrome an update. Ann Rev Med 1998; 49: 1-13.
- 16) Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. BOE núm.: 299 de 15 de diciembre de 2006, p.44142-44156.
- 17) Margalho J. Fibromialgia (e fadiga crónica), certificação de incapacidade laboral e peritagem médico-legal no âmbito de segurança social. Rev Port Dan Corp 2005; 15: 99-117.
- 18) Martínez Lavin M. Fibromialgia. Cuando el dolor se convierte en enfermedad. Madrid: Santillana ed.; 2006. 239 p.
- 19) Mejía MR. Enfermedades reumáticas y trabajo. En: Gil Hernández F. Tratado de medicina del trabajo. Barcelona: Masson S.A.; 2005. p. 665-685.
- 20) Moldofsky H. Sleep and pain. Slepp Med Rev 2001; 5.
- 21) Ojeda Gil J, Díez MR. Consideraciones acerca del síndrome fibromiálgico y su repercusión sobre la incapacidad laboral. Jurisd Soc 2002; 1: 1-10.
- 22) Ojeda JA, Lapuente JP. Síndrome fibromiálgico. síntomas y diagnóstico. VI Jornadas Internacionales de Actualización en Salud Mental. 25 noviembre 2004.
- 23) Olesen J. Understanding the biologic basis of miagraine. N Eng J Med 1994; 331: 1713-1714.
- 24) Penacho A. Fibromialgia, punto de encuentro. Asociación Vasca de Divulgación de la Fibromialgia; 2006. 183 p.
- 25) Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006. BOE núm.: 96 de 21 de Abril de 2007. p. 17646-17685.
- 26) Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1999; 33: 160-171.
- 27) Zubieta JK, Heitzeg MM, Smith YR [2003] COMT val-158- met Genotype affects Mu-oppioid neurotransmitter responses to a pain stressor. 299: 1240 – 1243.

Resumo: Consequências médico-legais da Fibromialgia e síndromes relacionados

A Fibromialgia e outros síndromes relacionados colocam graves dificuldades diagnósticas e apresentam actualmente una elevada incidência. As limitações derivadas da dor, assim como os distúrbios psicológicos e outros, conduzem a uma tal diminuição da capacidade de desenvolver as actividades da vida diária que se colocam numerosos problemas médico-legais, que dificultam a determinação do grau de Invalidez Permanente no âmbito laboral, assim como da incapacidade ou da situação de dependência.

Palavras-chave: Fibromialgia; problemas médico-legais; invalidez; incapacidade; dependência.

Summary: Medico-legal consequences of Fibromyalgia and related syndromes

The Fibromyalgia, and other related syndromes, raise serious diagnostic difficulties and display an important incidence at present. The limitations derived from pain, as well as the psychological upheavals and others, entail to a diminution of the ability to develop the activities of the daily life in such degree that generate numerous medico-legal problems, with difficult the expertise in order to establish the work's permanent disability, the degree of impairment or the legal situation of dependency.

Key-words: Fibromyalgia; medico-legal problems; impairment; disability; dependency.

Résumé: Conséquences médico-légales de la Fibromyalgie et syndromes relatifs

La Fibromyalgie et d'autres syndromes relatifs soulèvent des difficultés diagnostiques graves et montrent une incidence importante actuellement. Les limitations dérivant de la douleur, aussi bien que des bouleversements psychologiques et d'autres, produisent une telle diminution de la capacité de développer les activités de la vie quotidienne que nombreux problèmes médico-légaux se posent, avec des expertises difficiles pour établir l'invalidité permanente, le degré d'incapacité ou la situation légale de dépendance.

Mots-clés: Fibromyalgie; problèmes médico-légaux; invalidité; incapacité; dépendance.

Pedido de separatas:

CLAUDIO HERNÁNDEZ CUETO

Departamento de Medicina Legal

Facultad de Medicina

Avda. de Madrid, 11

18071 Granada, España

chc@ugr.es

Peritagem Médica na CGA

Avaliação do dano no âmbito da CGA

M. M. Camilo Sequeira¹

Apresentação

Há no nosso país diversas entidades que intervêm, em contextos diferentes, na avaliação em Junta Médica, das capacidades, limitações ou condicionamentos para o exercício laboral.

E nem todas se conhecem de forma satisfatória.

Pelo que entendi adequado iniciar este artigo fazendo a apresentação da Caixa Geral de Aposentações e do seu Gabinete da Junta Médica.

A CGA é uma estrutura autónoma, que se pode considerar como a Segurança Social dos funcionários públicos, presidida por um Conselho de Administração que integra três administradores do colectivo do Conselho da Caixa Geral de Depósitos.

Os órgãos funcionais são a Direcção, o Núcleo de Reclamações, 4 Gabinetes Técnicos (de Planeamento e Gestão Financeira, de Organização e Informática, da Junta Médica, e Jurídico) e 5 Serviços com as diversas responsabilidades administrativas gerais.

O Gabinete da Junta Médica é a estrutura que avalia, medicamente, tudo o que se relaciona com a atribuição, aos funcionários públicos activos ou desvinculados e seus familiares, de benefícios que se justificam apenas num contexto de ausência de saúde.

Tendo para isso um quadro de 5 Médicos: um Coordenador do Gabinete (Médico-Chefe) que revê 100 % dos processos que passam pelo Gabinete e dois em Lisboa e no Porto. Como apoio existem ainda quatro Médicos em Lisboa, local onde se realizam mais Juntas, e um no Porto

¹ Chefe de Serviço de Medicina Interna
Coordenador do Gabinete da Junta Médica da CGA

E também procuramos ter, pelo menos, um Médico residente em cada uma das 22 capitais de distrito, que são os únicos locais onde se realizam Juntas.

Estas são constituídas por dois Médicos e são presididas por um Director de Serviços ou por um seu representante. Avaliam cerca de 25 pessoas por sessão, que dura entre 3 e 4 horas, e apenas estão autorizadas a fazer avaliações, quando apreciam pedidos de aposentação antecipada, quanto á incapacidade para o trabalho “em termos definitivos e totais”.

Como norma as Juntas fora de Lisboa e do Porto têm um Médico do quadro (ou de apoio) com o propósito de harmonizar as decisões ao padrão “do habitual” evitando-se o risco de, pela diversidade de sentires e pela ausência de normas rígidas, as decisões para o mesmo contexto serem diferentes de distrito para distrito.

Há, no entanto, possibilidade de recurso destas decisões através de Juntas de Revisão solicitadas pelos requerentes com documentação clínica complementar á que tenha sido entregue com o pedido de aposentação.

E temos ainda um corpo de peritos em diversas áreas do saber médico, que se encontram em Lisboa e no Porto por facilidade de estruturação do serviço, a quem recorremos em situações clínicas de particular complexidade por forma a obter uma mais precisa definição semiológica e um parecer sobre capacidades que serão outras variáveis consideradas pelas Juntas no seu procurar da decisão correcta e justa.

Mas estas regras não são absolutas. Há excepções que justificam ser comentadas.

Presentemente há algumas capitais distritais onde não fazemos Juntas porque, ou há manifesto desinteresse dos Médicos da zona numa actividade tida como conflitual e por isso com potencial reflexo nas suas relações locais e até na sua actividade privada ou o número reduzido de Médicos locais dificulta uma escolha criteriosa. Ou porque há poucos, de facto, ou porque há demasiados em dedicação exclusiva.

Por outro lado temos dois distritos continentais onde as Juntas da CGA integram apenas Médicos locais por manifesta competência destes para o decidir responsável, comparando contextos, procurando consensos, definindo normativos discutidos com a hierarquia.

Ainda excepção são as Juntas realizadas nas Regiões Autónomas que apenas integram Médicos locais por dificuldade de aí se deslocarem os do quadro.

Os motivos clínicos que determinaram incapacidade total e definitiva para as diversas actividades dos funcionários públicos, para cada sexo, por distrito de residência e por grupos etários estão descritos nos artigos referenciados na bibliografia. São parte dos cerca de 7000 pedidos de aposentação

antecipada por doença que anualmente entram na CGA o que permite perceber como esta é apenas uma gota de água no grande mar da Segurança Social portuguesa.

Juntas da CGA sem relação com a aposentação

As Juntas Médicas da Caixa Geral de Aposentações são a entidade a quem é reconhecida competência para a atribuição de graus de desvalorização, segundo as Tabelas de 1960 e 1993, resultantes quer de doenças profissionais, quer de acidentes de trabalho.

Estas Juntas têm lugar em Lisboa e no Porto e são constituídas apenas por Médicos sendo presididas por um Médico do quadro da CGA.

Nas Juntas de avaliação de sequelas de doença profissional está presente um Médico representando o Centro Nacional de Protecção Contra os Riscos das Doenças Profissionais (CNPCRDP) e nas de avaliação de sequelas de acidentes de trabalho um Médico representante dos Institutos de Medicina Legal.

Estas são as únicas Juntas da CGA onde o requerente se pode fazer acompanhar por Médico por si designado.

Justifica-se salientar que a CGA se confronta, nestas Juntas, com uma situação delicada resultante do desconhecimento por parte de alguns dos seus parceiros do nível de competência que cada um deles possui.

De facto nas Juntas relacionadas com doenças profissionais a CGA tem apenas de dar uma valoração relativa às sequelas da doença. Esta é a sua competência.

Enquanto que a caracterização do contexto clínico como doença profissional é da competência do CNPCRDP.

Infelizmente o Centro, demasiadas vezes, “esquece” este limite de competência e além da caracterização da doença dá informação sobre o grau de desvalorização que lhe deve ser atribuído e que, por via ínvia, pode chegar ao requerente.

O que é um erro. Por um lado porque, insisto, não é essa a sua competência e por outro porque se for considerado na CGA outro grau ter-se-á criado uma situação de conflito que acarreta sofrimento para o requerente e implica descrédito para os Médicos de ambas as estruturas pela óbvia contradição.

Tal como também gera tensão, conflito e sofrimento o facto de muitas vítimas de acidentes se apresentarem nas Juntas com pareceres dos Médicos assistentes que em vez de, como é de sua obrigação, considerarem para as suas propostas de desvalorização apenas as sequelas inequívocas do aci-

dente, preferem descrever e desvalorizar todas as limitações que o exame clínico permite detectar e que, embora referenciadas nas Tabelas, nada têm que ver com o acidente.

Este frequente descuido é conflitual porquanto se torna difícil para o requerente-vítima compreender como é que há um Médico, que tem como competente, que lhe diz ter direito a uma certa desvalorização e depois outros Médicos, que ele não conhece e em seu entender serão ou não competentes, que lhe dizem que afinal a desvalorização é bastante diferente da que tinha como certa.

O requerente-vítima sente-se injustiçado interpretando como errado o juízo que acha que o prejudica.

E assim, por descuido ou por ignorância sobre os limites da competência que cabe a cada avaliador do contexto sequelar, se perpetua sofrimento e a convicção para o cidadão comum de que o aparelho de Estado quando lhe traz problemas não o ressarcia com justiça das consequências desses problemas.

E ainda conflituais são as desvalorizações atribuídas pelas Autoridades de Saúde no âmbito inequívoco da sua competência que, sendo correctas em termos de orientação da Tabela, têm objectivos determinados que os requerentes nem sempre compreendem.

E como o relativo dessas desvalorizações não lhes é explicado de forma clara, ou não é por eles percebido de forma adequada, consideram que o grau atribuído é uma “porta aberta” para obtenção segura de outras vantagens sociais que, muitas vezes nas Juntas da CGA, não lhes são reconhecidas o que, mais uma vez, acarreta tensão, sofrimento e conflitualidade.

(Apenas como exemplo saliento como tem de ser compreensível a angústia sentida por um requerente que tem um cancro em remissão e que, por isso, possui um documento elaborado por Médicos, Autoridades de Saúde, com uma desvalorização de 60 a 80 %, com repercussão fiscal, e que recebe a informação que não tem qualquer incapacidade para o trabalho quando avaliado em Junta para aposentação antecipada.

Embora tanto uma decisão como outra estejam perfeitamente ajustadas à Lei é um contexto clínico e social dificilmente explicável aos requerentes).

Como nestas Juntas das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho é possível o requerente ser acompanhado por Médico por si designado procura-se que este perceba o que justifica a divergência interpretativa por forma a que seja ele mesmo a desmontar o equívoco que a determinou. Infelizmente, porém, alguns colegas não estão disponíveis para aceitar o erro de interpretação que cometeram pelo que a grande vantagem da sua presença nas Juntas se perde.

Ainda como competência das Juntas da CGA, não relacionada com a aposentação antecipada por doença mas com a atribuição de graus de desvalorização, realizam-se Juntas especiais para o Exército, a Marinha, a Força Aérea, a Guarda Nacional

Republicana e a Polícia de Segurança Pública, sempre com um Médico dos respectivos Serviços de Saúde a representar estas entidades.

Das decisões de todas estas Juntas há sempre possibilidade de recurso.

Este, porém, só é aceite se o pedido estiver adequadamente fundamentado com dados clínicos precisos, semiolologicamente correctos, referindo-se estritamente ao que deve ser apreciado e, eventualmente, propondo novos dados de análise.

E os relatórios não devem ser manuscritos e devem estar muito bem identificados para responsabilizarem os seus emissores e para ser possível o contacto pessoal quando tal parecer necessário.

Esta condição é relevante porquanto todos os documentos que apoiam os pedidos de Juntas de Recurso (e também os pedidos de Juntas de Revisão) são apreciados pelo Coordenador do Gabinete que avalia do cumprimento destas normas e, em última análise, concorda ou não com a realização de nova Junta.

Decidir em Junta Médica

A decisão em Junta Médica tem como propósito o harmonizar diferentes pareceres médicos relacionados com uma mesma contextualidade clínica.

Mormente no que respeita á definição de dano determinante de incapacidade para a actividade profissional ou que implique restrição relativa para a mesma ou para as actividades quotidianas.

Todos os que por qualquer motivo se relacionam com este problema, Médicos ou não, têm este objectivo e desejam que ele seja fixado em normas que sejam reprodutíveis em qualquer país,

Normas estas que permitissem que quem apreciasse a decisão a compreendesse, sempre, nas suas dimensões clínica e social, quer a apreciação fosse feita por profissionais da saúde, juristas ou magistrados, autoridades políticas, doentes ou seus representantes em associações de defesa dos direitos que a sociedade lhes reconhece.

E em qualquer parte do mundo.

Infelizmente ainda há uma distância enorme entre o desejado e os resultados que esforçadamente se têm levado a cabo para lhes dar objectividade.

Mas uma das medidas a promover para se obterem consensos é fazer com que as Juntas sejam constituídas por Médicos com muito boa formação clínica e grande sensibilidade social.

Na CGA procuram-se estes Médicos entre Especialistas de formação abrangente, Internistas ou Clínicos Gerais com experiência alargada e diferenciada, sempre que possível já Graduados ou Chefes de Serviço.

E para que o “leque” de escolha não seja demasiado restritivo temos de aceitar que existem outras Especialidades, também generalistas, onde se podem encontrar bons decisores. Por exemplo, Reumatologistas, Oncologistas e até Endocrinologistas de formação não dirigida para órgão.

A outra medida essencial e urgente é a promoção do relatório clínico de apoio ao pretendido pelo requerente de um benefício por razões de saúde.

O relatório ou os relatórios de suporte dos pedidos têm de ser exemplares em termos clínicos e em termos redactoriais. E têm de estar devidamente identificados.

Muito mais irregulares do que as decisões das Juntas são muitíssimos dos pareceres elaborados descuidadamente como suporte ou justificação do desejo do requerente de ser considerado incapaz ou possuidor de restrição funcional relativa.

À CGA chegam muitos sem identificação, o que demonstra a irresponsabilidade do subscritor que se esconde no anonimato, muitos também são ilegíveis, o que é outra forma de se não assumir o dever de bem defender o potencial doente, ou então são absurdamente redigidos, com má referenciação semiológica, o que prova incompetência clínica. E também os há com conclusões tolas face ao conteúdo descrito o que prova que houve laxismo, descuido, desatenção ou simplesmente desinteresse do Médico pela pessoa que nele depositou confiança.

É na progressiva valorização desta componente da avaliação em Junta, que vêm do exterior desta, que, em tempo mais ou menos longo, será possível tornar as decisões mais uniformes, até mesmo mais correctas, seguramente mais justas e acima de tudo menos susceptíveis de poderem servir de suporte a interpretações jurídicas que nelas só querem ver erro, descuido, eventualmente desonestidade, dos Médicos que integram essas Juntas.

E nos relatórios o que tem de ser descrito é tão só a semiologia em causa, a relevância sintomática no contexto, a adequação dos protocolos terapêuticos e sua aceitação pelo potencial incapaz e só depois, se assim o entenderem, poderão os Médicos subscritores afirmar a sua opinião sobre o porquê de defenderem a incapacidade para o trabalho ou a desvalorização a atribuir quando for esse o caso.

No entanto, tendo o cuidado de dizerem sempre aos seus doentes que a decisão final não lhes pertence porquanto ela é responsabilidade e competência de outra entidade que para tal está superiormente mandatada.

Os difíceis consensos

Neste momento está a ser discutido na nossa Direcção Geral de Saúde o modelo a que teremos de dar corpo para se aplicar em Portugal o determinado na “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”, designada habitualmente como CIF.

Esta resultou de um esforço levado a cabo no âmbito da Organização Mundial de Saúde e das Nações Unidas, e foi ratificada por umas dezenas de governos nacionais entre os quais o português.

Com ela se pretendia criar uma fórmula simples, com regras de fácil aplicação, que ao valorizar não a doença potencialmente incapacitante mas a capacidade funcional ainda presente apesar de uma doença seria de aplicação imediata a qualquer contexto nacional por mais específico que este fosse.

Podemos com propriedade dizer que se trata de um propósito cheio de boas intenções mas desligado da realidade complexa que é o específico de cada grupo social.

E, como prova disto mesmo, na sua elaboração foram sendo acrescentados ao texto de base pequenos particulares considerados como relevantes por este ou aquele grupo nacional.

Pelo que o resultado final deste desejado modelo sintético integrativo é um volumoso conjunto de normas e orientações, de interpretação nem sempre fácil, que se estendem por 230 páginas de texto.

Ou seja o resultado do esforço dos peritos envolvidos no projecto será magnífico como modelo teórico mas não é exequível em termos práticos num contexto actual onde o tempo tem um custo absurdamente elevado e onde a qualificação das prestações são reconhecidas, se não exclusivamente, quase exclusivamente por números.

E por isso cada estrutura nacional está agora a fazer uma adaptação da mesma á sua realidade por forma a poder dar cumprimento ao compromisso dos respectivos Governos de a aplicarem em tempo curto.

Nós também o estamos a fazer.

Mas parece razoável recear que ao se estar a adaptar a CIF a cada realidade nacional se esteja, de facto, a desvirtuar o seu espírito.

Pelo que há o risco de, quando se compararem resultados entre os diversos países subscritores, se constatar, com surpresa para alguns e com tristeza

para todos, que essa comparação não é possível pois o que uns avaliaram não coincide com o avaliado por outros.

As adaptações, embora inevitáveis, irão trazer como elementos apreciados muito do particular de cada estrutura nacional.

Ou seja, corre-se o risco de se fazer o que se fazia antes e se pretendia corrigir com este documento.

E assim teremos voltado ao ponto de partida o que demonstra como é difícil estabelecer fórmulas para se apreciarem capacidades funcionais relativas ou absolutas.

As Juntas confrontam-se com problemas semelhantes.

Claro que o objectivo de qualquer Junta Médica é decidir de forma justa, com individualização da decisão, em termos justificados que sejam compreensíveis para pares e terceiros e com uma profunda, permanente e até obsessiva preocupação com o comparar com contextos clínicos semelhantes em termos médicos e sociais.

E em boa verdade é este aspecto da “comparação” que valida muitas decisões pois resulta da experiência vivida, porque discutida em Junta, do saber clínico do Médico e da sensibilidade social do Homem que o Médico também é.

E por muito subjectivo que isto possa parecer é minha convicção que se trata de uma objectividade possível geradora de decisões que, na sua grande maioria, são correctas.

Tão correctas que até podem ser diferentes dos pareceres expressos pelos peritos cujo apoio se solicitou.

De facto estes definem o contexto de forma abrangente, afirmam a sua impressão resultante da análise presencial do requerente, da análise dos documentos que o acompanham e da circunstância em que o pedido é efectuado.

O que constitui mais uma variável para a análise que a Junta deve fazer.

O parecer pericial dá-lhe suporte para integrar no caso em apreço uma avaliação especializada que lhe fornece elementos para, por comparação com realidades similares, poder escolher a decisão que melhor se adequa á pessoa em causa.

Mesmo quando se trata de apreciações que resultam da aplicação das normas das TNIs é o rigor comparativo que permitirá definir quais os artigos aplicáveis tomando em consideração sequelas inequívocas e ignorando queixas marginais integradas em alguns relatórios mas que não estão provadas como relacionadas com o que se quer “medir”.

É comparando as queixas com o que o saber e a arte médicos dizem sobre o assunto no momento da análise, evitando a especulação pela espe-

culação geradora de tantas injustiças, que a decisão se torna responsável e se protege do demasiado frequente desvalorizar dos nossos pareceres quando apreciados em Juízo.

Embora esta forma de referenciar a maneira como se está nas Juntas da CGA pareça mostrar que nos falta a objectividade que deveria conduzir á uniformidade de decidires, é minha convicção que o ter consciência desta fragilidade é a mais valia que nos orienta para a sua correcção e para uma contínua leitura crítica do trabalho que realizamos.

Temos consciência que muitos críticos deste modelo, que contudo não possuem alternativa para ele, desvalorizam as decisões das Juntas por entenderem que, por falta de orientações objectivadas, os decisores caem no laxismo, no “quero lá saber”, na recusa ou aceitação da aposentação por preconceito ou porque “calha” podendo o mesmo contexto clínica implicar a aposentação por uma Junta e a sua recusa por outra.

Como tem de ser óbvio não afirmo que este tipo de conflito não existe. Mas afirmo, isso sim e sem receio, que é excepcional.

A objectividade da Lei que nos apoia

Mas se não há objectividade absoluta no suporte da decisão em Juntas Médicas também existem situações para as quais há regras aparentemente bem objectivas.

São situações particulares que resultam de interesses políticos de circunstância, nem sempre adequadamente apreciados, mas tidos como prioridades de interesse colectivo que são transformados em Lei.

E para as quais, pelo sua linguagem cabalística, porque a sentimos indefinida ou absurda, temos de encontrar interpretações que tenham sentido clínico e satisfaçam o dever da responsabilidade social que, em boa verdade, foi o determinante da sua construção.

Por exemplo, e apenas porque tem dado azo a inúmeros conflitos de opinião, as normas definidas no Decreto-Lei 173/2001, se aplicadas sem apreciação crítica interpretativa, acarretavam para alguns doentes, como os que têm história clínica de doença oncológica, direitos e benefícios absurdamente contrastantes com os que são reconhecidos á maioria da população.

E não me estou a referir ao absurdo dos absurdos de ser publicada com efeito retroactivo sem qualquer restrição de tempo.

Esta norma, objectiva e absoluta, criou situações de enorme injustiça por não ter considerado que nos últimos anos os progressos terapêuticos implicaram uma nova forma de avaliação do risco em diversas doenças com modificação dos critérios de incapacidade que se lhes associavam.

Na CGA tornou-se necessário encontrar uma interpretação que satisfizesse o espírito da Lei considerando-o como prioritário á sua simples leitura textual. Por isso hoje consideramos a doença oncológica em remissão como doença ausente, porque não activa. Mas para respeitar o espírito da Lei consideramos a doença metastizada como doença presente mesmo que em fase de dormência.

Mas se na doença oncológica foi possível encontrar uma interpretação adequada ao espírito da Lei a verdade é que nem sempre tal é possível.

Este mesmo Decreto concede benefícios especiais aos doentes incapacitados por Esclerose Múltipla.

Mas ao definir de forma tão precisa o diagnóstico em causa o Legislador excluiu todas as outras doenças degenerativas do SNC, mesmo as da “família” da Esclerose

Múltipla mas que não satisfazem todos os critérios que permitem o diagnóstico, e excluiu também, sem que se perceba porquê, a Esclerose Lateral Amiotrófica que satisfaz muito mais o espírito desta Lei que é expresso na sua introdução.

Num caso por falta de objectividade e noutro por excesso de objectividade esta Lei transporta consigo um lamentável estigma de injustiça.

O que demonstra que a imprecisão não é exclusiva do decidir médico.

E ainda como exemplo que também acarreta muitos conflitos de interpretação vale a pena apreciar o Decreto 133-B/97 que define benefícios, por deficiência, para jovens com doença crónica (perda ou anomalia congénita ou adquirida), quer seja estável ou não, que implique consultas regulares (apoio individualizado pedagógico ou terapêutico específico adequado á limitação psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica) para que se processe adequadamente (impedir agravamento, anular ou atenuar os efeitos da perda ou anomalia) a sua integração social.

Ou seja, simplesmente pelo texto, praticamente todos os jovens têm direito ao benefício pelo que, aqui também, houve necessidade de definir com mais responsabilidade o que de facto se pretendia com a Lei valorizando essencialmente a “integração social”.

Reduziu-se o “leque” de beneficiários mas “objectivou-se” o que se julga ter sido o determinante desta Lei.

Conclusão

A peritagem médica na CGA, como aliás em qualquer outra estrutura que tenha esta competência como direito e dever; deve ter sempre como regra o seguinte: embora a decisão em Junta seja complexa, potencialmente

conflitual e até eventualmente menos ajustada a uma realidade particular, ela é, porque resulta do labor de profissionais sensibilizados para os deveres que têm para com a colectividade, para os deveres que têm para com a idoneidade da sua profissão, para os deveres que têm para quem está doente e, por isso, restringido total ou parcialmente para uma actividade profissional, quase sempre correcta e ajustada ao contexto que se propõe para análise.

E estes profissionais também qualificam as suas decisões ao assumirem que a sua competência é o suporte necessário para correctamente justificarem essas mesmas decisões.

Bibliografia

- Sequeira, MMC, “Juntas Médicas - Uma Competência ?”, Tempo Medicina, nº 824, 26; 2000.04.17
- Sequeira, MMC, Anamnésis 2002; 11 (nº 116), 5
- CIF, Ed Direcção-Geral de Saúde, 2004
- Sequeira, MMC, Anamnésis 2004; 13 (nº 129), 28
- Sequeira, MMC, Anamnésis 2005; 14 (nº 142), 26, (nº 143), 24
- Sequeira, MMC, Anamnésis 2006; 15 (nº 151),4

Resumo: Peritagem Médica na CGA. Avaliação do dano no âmbito da CGA

Após se fazer a apresentação da CGA e do seu Gabinete da Junta Médica descrevem-se as dificuldades do decidir em Junta e valorizam-se a competência dos Médicos e a qualidade dos documentos de apoio dos requerentes como elementos essenciais para uma decisão correcta, justa e adequada ao contexto individual apreciado.

Refere-se que a procura de consensos é propósito das estruturas que, por todo o mundo, têm de tomar decisões sobre capacidades ou incapacidades para o trabalho e refere-se a importância do decidir, por comparação, e com o rigor resultantes da experiência clínica e da sensibilidade social do decisor.

Ainda se questiona a pretendida inobjectividade do decidir dos Médicos apresentando exemplos de Leis que, querendo ser objectivas, ou o não são ou ao sê-lo geram mais injustiça do que se o não fossem.

Palavras-chave: Junta Médica; decisão clínica; relatórios; rigor; objectividade.

Summary: Medical expertise in CGA. Bodily damage evaluation in CGA

It is presented the Medical Department that defines capability or not capability of administration workers to labour. It's considered accuracy in medical knowledge essential for good

decisions and for very good references to any others involved in evaluation to permit fair, personal and adequate decisions.

All around world consensus is an interest and an objective of any one linked to the evaluation of disease as cause of inability. But it is difficult to obtain.

So the best decision depends on comparison of clinical states and good feelings for social relationships of Medical doctors.

It's defended there if there are difficulties to obtain objectivity in Medical decisions the same difficulties exist when we try to obtain objectivity in Laws.

Key-words: Medical Commission; medical decision; reports; accuracy; objectivity.

Résumé: L'expertise médicale dans la CGA. L'évaluation du dommage dans la CGA

Après la présentation du département d'évaluation médicale pour le travail des agents de l'administration publique, est définie l'importance de la connaissance médicale, clinique pour l'examen objectif e documentaire pour l'évaluation des Commissions, à fin d'obtenir une décision juste et adaptée à la circonstance individuelle en étude.

Par tout le Monde on cherche un système d'évaluation objective mais les difficultés sont énormes et la qualification de la décision médicale dépend de la comparaison et de la demande du rigueur centrés sur l'expérience clinique e la sensibilité sociale des Médecins. On défend qui s'il n'existe pas une vraie objectivité dans la décision médicale elle n'existe aussi dans les Lois de support de ces décisions.

Mots-clés: Commission Médicale; décision clinique; rapports; rigueur; objectivité.

Pedido de separatas:

M. M. CAMILO SEQUEIRA

Caixa Geral de Aposentações

Rua 5 de Outubro, 175

1069-307 LISBOA

mmcamilosequeira@hotmail.com

Evoluzione e prospettive della sinistrosità stradale

La situazione in Italia

Domenico Vasapollo*

L'Autore riporta, in sintesi, la complessa tematica relativa agli incidenti stradali in Italia. Specifica anche l'ambito di prevenzione, nonché la più recente normativa riguardante sia il codice della strada sia la valutazione del danno, sottolineando le tematiche di pertinenza medico legale.

Il trauma da incidente stradale costituisce in Europa la prima causa di morte per le persone sotto i 45 anni d'età, con notevoli e ovvie conseguenze in termini di vite umane e con pesante impatto sociale ed economico (4% del PIL). La stima per l'anno 2004 è stata superiore ai 35.000 milioni di Euro corrispondente a circa il 2,7% del PIL dello stesso anno; in Italia, comunque, si registrano all'anno circa 240.000 incidenti stradali con oltre 6.000 decessi e 330.000 feriti. I dati riportati si basano sulla compilazione del rapporto di incidente da parte dell'autorità che interviene sul luogo del sinistro (quasi il 50% da parte della polizia municipale). In accordo con le indicazioni internazionali vengono raccolti vari dati sul luogo dell'incidente, indicando i mezzi coinvolti, l'età e il sesso dei traumatizzati, l'anzianità di patente del guidatore e le sue condizioni psicofisiche. Inoltre dai dati epidemiologici è stato ricavato che il 75% dei sinistri avviene sulle strade urbane e soltanto il 15% sulle strade statali ed autostrade, mentre il 10% su quelle provinciali e comunali extraurbane. Tuttavia solamente il 41% dei decessi avviene a seguito di sinistri avvenuti su strade urbane, mentre il 59% si verifica su strade ad alta velocità. Un altro dato epidemiologico di particolare importanza è che il miglioramento della sicurezza attiva e passiva dei veicoli ed il miglioramento dell'efficienza di intervento delle strutture sanitarie sono stati in grado di determinare una diminuzione dell'indice di mortalità, sebbene

* Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Università degli Studi di Bologna, Italia.

si sia registrato un trend costante di lieve crescita del numero di incidenti stradali nel quinquennio 1998-2002.

Negli ultimi dieci anni, nel nostro Paese, gli incidenti stradali hanno rappresentato la prima causa di morte dei giovani fra i 15 e 24 anni d'età e nella Regione Emilia-Romagna, nonostante il grande impegno profuso dalle Istituzioni preposte all'educazione stradale ed alla sicurezza, i valori sono assai elevati, tanto che un recente report dell'EUROSTAT indica tale regione come quella che ha il più alto rapporto di morti da incidente stradale per milione di abitanti (214), quasi il doppio della media nazionale (114) e di quella europea (119). Ulteriori interessanti dati epidemiologici sono stati riportati nel corso del recente congresso internazionale italo-luso-ispánico "L'incidente stradale. Dalla dinamica dell'impatto alla prevenzione"¹ ed al recente congresso romano² dove sono stati trattati temi riguardanti la prevenzione dei sinistri, cui è stata dedicata un'intera sessione, e che ha visto partecipare diverse personalità del mondo politico, universitario, assicurativo e giuridico.

In considerazione dell'elevato costo sociale è necessario pertanto continuare ad individuare nuove strategie di prevenzione che consentano, a breve, medio e lungo termine, di raggiungere l'obiettivo fissato nel 2002 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'OMS ha presentato, infatti, una strategia quinquennale per la prevenzione della morte e invalidità da incidenti stradali, con l'obiettivo di raggiungere entro il 2020 una riduzione di almeno il 50% della mortalità e della disabilità. A seguito di tale progetto la Commissione europea ha promosso un programma per la sicurezza stradale che prevede una riduzione delle vittime da incidenti stradali del 40% entro il 2010. In tema di prevenzione in Italia è stata promulgata la legge 144 del 1999 che ha istituito il piano nazionale per la sicurezza stradale, finalizzato a creare le condizioni per una mobilità sicura. Tra le diverse linee d'azione previste vi era il rafforzamento dell'assistenza sanitaria, la costruzione di una cultura della sicurezza stradale, lo sviluppo di campagne di sensibilizzazione e il miglioramento dei controlli ed organizzazione del traffico. Gli interventi principali di prevenzione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2003-2005 volti a ridurre gli incidenti e le invalidità hanno riguardato l'impiego del casco da parte degli utenti dei veicoli a due ruote, gli standard di sicurezza dei veicoli, l'uso corretto dei dispositivi di sicurezza, quali cinture e seggiolini, le migliori condizioni di viabilità (segnaletica stradale, illuminazione, condizioni di percorribilità) nelle zone ad alto rischio

¹ 1° Congresso italo-luso-ispánico di Traumatologia della strada, L'incidente stradale. Dalla dinamica dell'impatto alla prevenzione, Bologna, 7-9 ottobre 2004.

² VIII giornate medico-legali Europee e Romane, I Sistemi per la prevenzione dell'infortunistica del traffico. Dall'Ingegneria alla Medicina Legale, Roma 21-24 giugno 2005.

di incidenti stradali, la promozione della guida sicura mediante campagne mirate al rispetto dei limiti di velocità e della segnaletica stradale, nonché all'astensione della guida sotto l'influsso dell'alcol, e il potenziamento del trasporto pubblico. Il Sistema Sanitario Nazionale tramite il Piano Nazionale Di Sicurezza Stradale contribuisce al miglioramento della sicurezza stradale tramite l'elaborazione di strumenti per la prevenzione di comportamenti di guida a rischio e attività dirette di prevenzione (anche in collaborazione con le forze di Polizia stradale ed altri soggetti pubblici e privati) che rientrano nell'ambito dell'azione sanitaria; individuazione di misure ed interventi mirati a ridurre l'impatto degli incidenti stradali sulle persone (attenuazione degli effetti); miglioramento dell'efficacia e della rapidità di intervento di primo e pronto soccorso; miglioramento degli interventi nel campo della traumatologia. Difatti vi è una stretta relazione tra tipologia di incidente stradale, rapidità dei soccorsi e mortalità dei soggetti coinvolti, come emerge chiaramente dalla tabella 1.

Picco Temporale	Cause di morte	Possibili azioni per ridurre la mortalità
1° PICCO (secondi o minuti)	<ul style="list-style-type: none"> - rottura cuore o grossi vasi - lacerazione del ronco dell'encefalo 	- PREVENZIONE
2° PICCO (golden hour)	<ul style="list-style-type: none"> - emo-pneumotorace - shock emorragico - rottura fegato e milza - ipossiemia - ematoma extradurale 	<ul style="list-style-type: none"> - SOCCORSO PREOSPEDALIERO - CENTRALIZZAZIONE
3° PICCO (giorni o settimane)	<ul style="list-style-type: none"> - sepsi - MOF (insufficienza acuta multiorgani) 	- TRATTAMENTO SPECIFICO

Tab.1. Prehospital Trauma Care, Italian Resuscitation Council, Bologna, 1998

Pertanto, il miglioramento del trattamento del politraumatizzato sia nella fase di soccorso pre-ospedaliera sia in quella intraospedaliera durante le "golden hour" permette, oltre ad una buona politica di prevenzione, la riduzione della mortalità e dell'invalidità secondaria a trauma stradale. Per quanto concerne la prevenzione dell'infortunistica del traffico è necessario

far conoscere (ed eventualmente provare) al conducente, anche mediante esempi grafici, l'importanza di alcuni parametri, quali ad esempio la scarsa visibilità connessa alla velocità del mezzo o l'effetto delle luci dei veicoli che provengono in senso contrario.

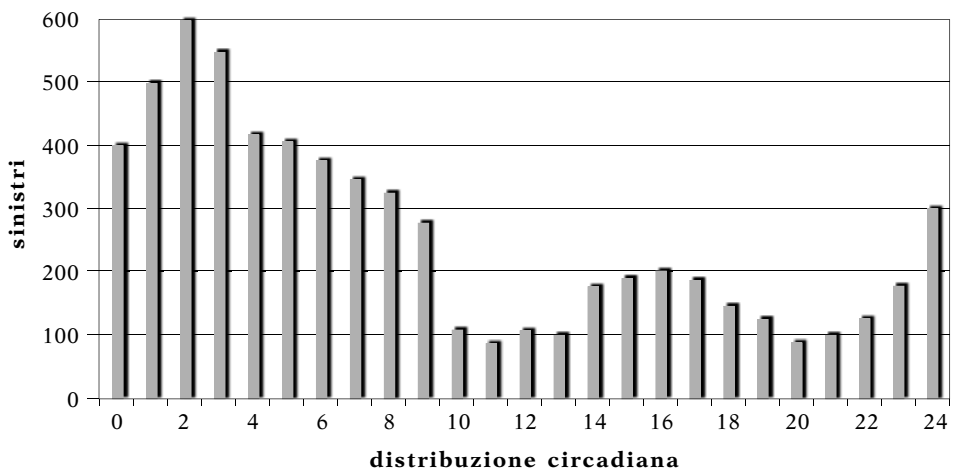
Entrando più criticamente nelle problematiche di Prevenzione e Sicurezza stradale è possibile affermare preliminarmente che il più delle volte l'incidente avviene per distrazione del conducente, per sua imperizia ed imprudenza, per avere bevuto "un bicchiere di troppo" o per l'elevata velocità rispetto alle condizioni ambientali e stradali. È peraltro facile imbattersi in autostrada in uno dei 662 pannelli che avvertono che 1/5 degli incidenti stradali è dovuto a colpo di sonno, che segnalano di tenere allacciata la cintura di sicurezza, che rammentano di controllare lo stato dei pneumatici, di moderare la velocità, ecc. Diversi sono, dunque, i fattori che possono ingenerare un sinistro e molteplici le cause del suo accadimento ed è per questo motivo che la sicurezza sulle strade e la prevenzione dei sinistri si deve perseguire attraverso molteplici vie, promuovendo l'educazione stradale del cittadino, migliorando le autovetture, attuando un'opera repressiva su cui molto si è fatto e molto si dovrà fare perché siamo ancora lontani, in Italia, dall'aver attuato un efficace sistema preventivo degli incidenti stradali. Tra i vari fattori che influiscono sulla sicurezza e prevenzione dei sinistri vi sono sicuramente anche comportamenti devianti e la condotta pericolosa alla guida, in quanto chi "corre" sulle strade, mettendo a rischio la sua vita e quella di altri, può essere considerato un deviante dato che infrange le norme. Secondo l'autorevole parere di Bandini³ non si tratta di un problema di sanzione ma di qualità della soglia, intendendo con passaggio di soglia, ad esempio, il passaggio dalla multa al ritiro della patente o ancora al sequestro del mezzo.

L'argomento della sonnolenza alla guida è veramente vasto ed è impensabile condensarlo in poche righe.⁴ Un punto, tuttavia, su cui volevamo soffermare l'attenzione riguarda il dato allarmante relativo alla frequenza piuttosto elevata (circa 1/5) degli incidenti stradali mortali che avvengono per sonnolenza del guidatore. I dati non sono, né potrebbero esserlo, omogenei stante la difficoltà della loro rilevazione, tuttavia la conoscenza del

³ Loc. cit. sub. 1.

⁴ In un recente studio australiano si è affermato che chi utilizza il cellulare mentre guida, con o senza auricolari, è soggetto ad incidenti stradali quattro volte di più rispetto a chi non ne fa uso. La ricerca ha consentito di affermare che l'utilizzo del cellulare "a mani libere" non aiuta ad evitare il sinistro, anzi i guidatori si sentono autorizzati ad effettuare più chiamate, distraendosi inevitabilmente, visto che il cervello non può rispondere in maniera efficace agli input visivi ed uditivi attivati contemporaneamente. Ed è forse questo uno dei motivi per cui in Australia l'utilizzo del cellulare in macchina è vietato anche con gli auricolari.

fenomeno potrebbe essere d'aiuto per la prevenzione di tali incidenti. Ciononostante le caratteristiche dei sinistri riconducibili ad eccessiva e patologica sonnolenza possono essere considerate peculiari. Essi avvengono solitamente a notte inoltrata, nel primo mattino o a metà pomeriggio [Tab.2]; spesso si tratta di un sinistro grave per uscita di strada dell'automezzo, a prescindere dalle condizioni del traffico e atmosferiche; di solito si verifica sulle strade a percorrenza veloce o di guida monotona; il conducente, che sovente è solo nel veicolo, non tenta di evitare l'incidente – infatti non si riscontra traccia di frenata, al contrario di quanto avviene per momentanea distrazione del guidatore.



Tab.2. Distribuzione circadiana dei sinistri della strada.⁵

Da ulteriori dati epidemiologici è possibile segnalare che le cause principali degli incidenti stradali sono attribuibili all'uomo (60%), all'ambiente (30%) e ai veicoli (10%), cui si associano, ovviamente, ulteriori molteplici fattori che possono variamente interagire tra loro sulla base della densità del parco veicolare circolante, fluidità del traffico e performance di guida dei conducenti. Le cause riconducibili ai veicoli sono costantemente in riduzione dato che le case automobilistiche tendono a costruire veicoli sempre più sicuri. Per quanto attiene, invece, i fattori umani il Ministero della Salute riporta, in particolare, l'utilizzo di alcol, droghe e farmaci, nonché condizioni di sonnolenza fisiologica o patologica.

⁵ Estratto dall'articolo "Introduzione ed Epidemiologia" di Ambrogio Luca, presente nel sito www.asl16.sanita.cn.it.

Molteplici sono le novità in materia di legislazione stradale, tra cui si ricorda l'art.172 del Decreto legislativo n. 285 del 30 aprile 1992 (c.d. Codice della strada) che afferma che il conducente ed i passeggeri dei veicoli hanno l'obbligo di utilizzare le cinture di sicurezza, in qualsiasi situazione di marcia, e che i bambini di statura inferiore a 1,50 m devono essere assicurati al sedile con un apposito sistema di ritenuta, adeguato al loro peso, di tipo omologato secondo le normative stabilite dal Ministero delle infrastrutture e dei trasporti. Tra le modifiche del predetto codice vi è la legge n. 472 del 1999 che obbliga l'impiego del casco di protezione ai conducenti alla guida di ciclomotori a due ruote e di motocicli di qualsiasi cilindrata a due ruote, nonché agli eventuali passeggeri. Inoltre, recentemente, sono state introdotte le nuove regole del codice della strada (Decreto legge 151 del 2003) che prevedono, in particolare, la patente a punti, l'obbligo di fari accesi anche di giorno, il patentino per i minorenni alla guida di ciclomotore e l'obbligo di dotarsi di accessori "riflettenti" (giubbotto ad alta visibilità), oltre a sanzioni più severe. Il nuovo codice prevede 20 punti virtuali per ciascun documento di guida che verranno scalati a seconda delle infrazioni commesse. Gli automobilisti più indisciplinati rischiano il ritiro della patente, anche se ora chi commette più infrazioni in una volta sola (che comporterebbero la perdita totale dei punti) ne può perdere al massimo 15, tranne nei casi in cui siano previste sanzioni accessorie (sospensione e revoca della patente). Per recuperare i punti persi sono previsti dei corsi di educazione stradale con frequenza obbligatoria. Il nuovo codice della strada prevede anche la possibilità di guadagnare punti per buona condotta: chi ha 20 punti e non subisce sottrazioni per due anni può avere bonus per ogni biennio fino ad un massimo di 30 punti. Le violazioni più penalizzate sono la guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di droga, le gare di velocità (che prevedono anche la reclusione fino a 12 anni) e l'omissione di soccorso in caso di incidente.

Un fattore rilevante che contribuisce ad elevare la Sicurezza stradale è la valutazione dell'idoneità fisica e psichica dei conducenti dei mezzi su strada. Tutti coloro che si mettono alla guida di veicoli devono essere in possesso di requisiti fisici e psichici minimi, diversi a seconda delle tipologie e/o categorie dei mezzi, che costituiscono garanzia della propria e dell'altrui incolumità, unitamente alla capacità tecnica alla guida ed alla buona conoscenza delle norme che regolano la circolazione stradale. In quest'ottica di garanzia il Legislatore ha previsto, per tutti coloro che intendono ottenere il certificato di idoneità alla guida, una serie di accertamenti sanitari che attestino il possesso di requisiti psico-fisici minimi e l'assenza di malattie invalidanti che potrebbero limitare la capacità della guida del conducente, nonché diversi organismi accertatori, sia di primo che di secondo grado. Altro fattore di non poco conto relativo alla traumatologia della strada è lo studio dei dispositivi

di sicurezza. Difatti, oltre allo studio di future strategie di prevenzione degli incidenti stradali, è doveroso porre maggiore attenzione sull'effettivo utilizzo, da parte dei guidatori, dei dispositivi di sicurezza esistenti (casco, cinture di sicurezza, seggiolini per bambini, ed altri), dimostratisi utilissimi sul campo e già resi obbligatori da leggi dello Stato italiano (es. Legge n. 472/99 sull'uso obbligatorio del casco). Elevare la percentuale ed il corretto uso dei dispositivi di sicurezza è senz'altro un obiettivo da perseguire – peraltro previsto anche nel nuovo Piano Sanitario Nazionale - e rappresenterebbe una tappa fondamentale nel percorso intrapreso di limitare al massimo le conseguenze degli incidenti, sia per l'aspetto socio-sanitario che per quello di gestione delle risorse economiche a disposizione del SSN. Si evince infatti dai dati presenti in letteratura che l'uso dei dispositivi di sicurezza riduce il rischio di morte o di lesioni gravi di circa il 50%.

Una problematica che merita particolare approfondimento è quella relativa al risarcimento del danno. In Italia infatti vi sono differenti fonti normative; tra le più recenti vi è il Decreto legislativo 38 del 23 febbraio 2000 che con l'Art.13 introduce il concetto di "danno biologico" nell'infortunistica sul lavoro, cui ha fatto seguito la Legge 57 del 5 marzo 2001 che, oltre a ridefinire il danno biologico, stabilisce la stesura di una tabella delle invalidità (1-9% di danno biologico) derivante dall'infortunistica della strada e, in aggiunta, fissa parametri economici da attribuire a tali menomazioni. Il successivo Decreto ministeriale 3 luglio 2003 contiene la Tabella delle menomazioni all'integrità psico-fisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità delle micropermanenti e il Decreto legislativo 209 del 7 settembre 2005, consistente nel nuovo codice delle assicurazioni, risulta essere composto da numerosi articoli e prevede la stesura di una tabella, ancora in via di elaborazione, per i danni permanenti dal 10 al 100% sebbene siano numerose le contestazioni mosse da molteplici Autori sui criteri tabellari da adottare per cui si profilerebbe la richiesta di incostituzionalità di tale legislazione. Difatti, come accade spesso quando s'interviene in una materia così delicata, sorge sempre il problema del perseguimento del delicato equilibrio tra esigenze della collettività e prerogative del singolo; tra istanze sociali di garanzia di una maggiore sicurezza sulle strade ed esigenza di pieno rispetto dei diritti dell'individuo, rammentando però che, da un lato, le finalità pubbliche di "deterrence" non giustificano la strumentalizzazione della persona e, dall'altro, che gli eventuali effetti di "overdeterrence" risultano spesso inefficienti in quanto inducono ad un eccesso di prevenzione.

Resumo: Evolução e perspectivas da sinistralidade rodoviária. A situação em Itália.

O autor aborda sinteticamente a complexa temática dos acidentes de viação em Itália. Especifica, igualmente, o aspecto da prevenção, nomeadamente a mais recente normativa relativa ao código da estrada, bem como a avaliação do dano, dando relevo aos assuntos de importância médico-legal.

Palavras-chave: acidentes de viação; avaliação do dano; legislação italiana.

Summary: Evolution and perspectives of road traffic accidents. The situation in Italy.

The author approaches, in summary, the complex subject of the road traffic accidents in Italy. He also describes the prevention scope, especially the most recent legislation related to the roadside survey code and the damage evaluation, emphasizing the points of forensic importance.

Key-words: Road traffic accidents; damage evaluation; Italian legislation.

Résumé: Evolution et perspectives des accidents routiers. La situation en Italie.

L'auteur aborde, en résumé, le complexe thématique concernant les accidents routiers en Italie. Il spécifie, également, le contexte de la prévention, particulièrement la plus récente normative concernant le code de la route, bien que l'évaluation des dommages, soulignant les sujets plus importants du point de vue médico-légal.

Mots-clés: accidents routiers; évaluation du dommage; législation italienne.

Pedido de separatas:

DOMENICO VASAPOLLO

Piazza Dei Martiri 5/2

40121 Bologna, Itália

domenico.vasapollo@unibo.it

A Tabela Italiana de avaliação do dano corporal

Percurso histórico

Bisogni K.*, De Rosa C.*, Ricci P.*

O “nascimento” do dano biológico em Itália

O discurso sobre a recente e desejada elaboração das Tabelas de avaliação médico-legal das alterações à integridade psico-física em Itália, não prescinde de uma análise da evolução doutrinal, jurisprudencial e normativa que o conceito do dano biológico tem sofrido no nosso País.

Primeiramente, é bom lembrar que, dada a possibilidade de se atingir uma exacta identidade teórica, os termos: *dano biológico*, *dano à saúde*, *dano à integridade psico-física* e *dano à validez*, permanecem no uso semântico e são utilizados, na prática clínica, como sinónimos, aplicando-se indiferentemente e com frequência de forma errada.

Em direito, o termo *dano biológico* identifica o dano à “saúde” do indivíduo, cuja a tutela jurídica encontra o seu fundamento normativo na Constituição italiana (Artt. 2, 3, 32). Porém, neste âmbito específico, o significado do termo “saúde” é inspirado na OMS¹ e, de facto, representa o valor da pessoa em toda a sua complexidade.

Consequentemente, segundo a interpretação constitucional do nosso ordenamento jurídico, o indivíduo é considerado e tutelado no conjunto das actividades (incluindo as de carácter não laboral) em que se insere a própria personalidade.

Deste ponto de vista, a jurisprudência define o dano biológico como a lesão na integridade psico-física do indivíduo, “*incide no valor humano em toda a sua complexidade*”.

* Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni – Università degli Studi “Magna Græcia” – Catanzaro, Itália.

¹ Na Constituição da OMS a saúde define-se como “estado de completo bem estar físico, psíquico e social” e não somente ausência de doença.

Naturalmente, este ponto de partida, apesar de provisório² implicará um intenso trabalho doutrinário.

No âmbito médico-legal, provavelmente o primeiro problema que se colocou foi o do valor económico do indivíduo, e foi Melchiorre Gioia (1767-1829) que propôs a regra do sapateiro:

“Um sapateiro [...] executava dois sapatos e um quarto por dia, imaginemos que a sua mão tinha enfraquecido de modo a que não conseguisse fazer mais do que um sapato, então ser-lhe-ia devido o valor da factura de um sapato e um quarto, multiplicado pelo número de dias que lhe restariam de vida, menos os dias festivos”.

Nos primeiros anos de 900, Cazzaniga (1928) introduziu o conceito de “capacidade genérica do trabalho” mas, no período pós guerra, é a Cesare Gerin (1952) que se deve a paternidade do conceito do dano biológico na sua formulação moderna, posteriormente adaptada, graças ao contributo de Franchini e da fervorosa actividade de toda a comunidade médico-legal italiana.

Paralelamente, a doutrina jurídica está fundamentalmente empenhada em colocar o conceito do dano biológico entre a categoria do dano patrimonial e do dano não patrimonial.

Verdadeiramente marcante foi a sentença da Corte Constitucional n° 184/86.

Esta confirma o princípio pela qual a tutela da saúde encontra o seu fundamento no art. 32 da Constituição e configura o dano à saúde com um “*tertium genus*”, diferente e autónomo em relação ao dano patrimonial e ao dano moral.

Além disso, a jurisprudência consolidou, durante anos, o sentido amplo do termo “saúde” que compreende todas as “funções naturais relativas ao ser humano” no seu ambiente, havendo “relevância não só económica mas também biológica, social, cultural e estética”.

Numa visão mais ampla, construída pelo intenso trabalho da doutrina e da jurisprudência, o dano biológico ganhou a sua própria “maturidade” o que levou a incluir categorias do dano, agora muito em foco, e que aparecem traduzidas como entidades autónomas (dano da vida social, dano estético, dano psíquico, dano sexual, dano resultante da perda da capacidade de trabalho, dano na redução da capacidade de concorrer, dano na capacidade de obter rendimento, dano existencial, dano hedonístico, etc.).

² Encontra-se na recente teoria de “dano biológico pluridimensional” na Cass. Civ. n. 24451 de 18 Novembro 2005.

O conceito do dano biológico na legislação italiana

A noção do dano biológico é focada pela primeira vez na lei italiana no Decreto Legislativo 23 Fevereiro 2000, n. 38 (“Disposição de segurança referente aos acidentes de trabalho e doenças profissionais...”).

Elaborado para colmatar a carência legislativa no sector (porque a normativa precedente reconhecia a indemnização somente na redução da capacidade genérica do trabalho), o Decreto representa, por sua vez, uma verdadeira “pedra basilar” no complexo percurso histórico do dano biológico em Itália, definindo-o (art. 13, co. 1)

“...como a lesão à integridade psicofísica, susceptível de avaliação médico-legal, da pessoa” sendo que “...As prestações para a reparação do dano biológico são determinadas independentemente da capacidade do rendimento do lesado”.

O mesmo Decreto apresenta tabelas específicas para a avaliação do dano, de acordo com Decreto Ministerial de 12 Julho 2000 (citado em baixo).

Mas o D.Lei 38/2000 pode ser considerado o primeiro passo para um ajustamento normativo do dano ao indivíduo, pois o controverso sector da indemnização do dano por acidente rodoviário passou a ser contemplado.

A Lei de 5 Março 2001, n° 57 (“Disposição na matéria de abertura e regularização dos mercados”) conseguiu o primeiro ajuste deste sector, pois forneceu uma maior contribuição para a afirmação do dano biológico, e limitou-se também ao reconhecimento da entidade dos danos físicos ligeiros (entre 1 e 9%) resultantes dos acidentes de viação; a lei confirma (art. 5, co. 3):

“... por dano biológico entende-se a lesão à integridade psicofísica da pessoa, susceptível de avaliação médico-legal” e “O dano biológico é indemnizável independentemente da sua incidência na capacidade do rendimento do lesado”.

A Lei 57/2001 refere ainda a falta de uma Tabela específica para a avaliação do dano corporal, prevendo assim a sua elaboração (art. 5, co. 5).

Esta tabela é posteriormente introduzida com o Decreto Ministerial da Saúde de 3 Julho 2003 (“Tabela das alterações à integridade psicofísica entre 1 e 9 pontos de invalidez”).

Por último, é importante assinalar o “Código da Segurança Privada” (Decreto Lei 7 Setembro 2005, n.209) em vigor desde 1 de Janeiro 2006.

Este Decreto vem afirmar de maneira definitiva o conceito do dano biológico e dos critérios para a sua determinação. Os Art. 138° (Dano biológico para as lesões de entidade não ligeira) e 139° (Dano biológico para lesões de entidade ligeira) afirmam que:

“... por dano biológico entende-se a lesão temporária ou permanente da integridade psico-física da pessoa susceptível de avaliação médico-legal que provoca uma consequência negativa sobre actividade quotidiana e sobre os aspectos dinâmico-relacionais da vida da vítima, independentemente da eventuais repercussões sobre a sua capacidade de produzir rendimento”.

Fica em aberto o problema da ausência de uma tabela para avaliação das incapacidades entre 10 e 100%.

Avaliação médico-legal do dano pessoal: entre norma e doutrina

Em Itália a história da avaliação do dano desenvolve-se com a evolução da tutela do dano do trabalho.

O sistema da tabela para incapacidade permanente tem origem em 1904, época em que vem publicada na “Tabela da Segurança Social contra os acidentes”³.

A primeira tentativa de codificar uma Tabela para a avaliação do dano em Responsabilidade Civil pode atribuir-se a Cazzaniga, em 1928. Mas esta Tabela, que conduziu gerações de médicos legistas nos decénios sucessivos, era referente à capacidade “geral” de trabalho.

Em 1965, com a publicação do novo Texto Único relativo aos Acidentes e Doenças Profissionais e, particularmente, das Tabelas, a avaliação médico-legal centra-se novamente nos acidentes de trabalho.

Intensificava-se, assim, o trabalho da Comunidade científica Médico-legal italiana, culminando nos famosos Congressos de Como (1967) e Perugia (1968) nos quais uma Comissão de juristas, médicos legistas e seguradores apresentou uma Tabela orientada para a avaliação do dano em responsabilidade civil, publicada, em 1969, pela Sociedade Romana de Medicina Legal. Esta tabela era todavia limitada ao aparelho locomotor.

Na mesma época, era relevante a obra do Instituto de Medicina Legal de Milão através dos contributos de Cattabeni e em particular de Luvoni e Bernardi (a que mais tarde se juntou Mangili), os quais, em 1970, publicaram os seus contributos na primeira edição do Guia, que foi, por muito tempo um instrumento “de trabalho” insubstituível para o médico legista.

Em 1992, o Conselho Directivo da Sociedade Italiana de Medicina Legal e da Segurança (Sociedade Italiana da Medicina Legal- SIMLA) confiava ao saudoso Prof. Marino Bargagna o encargo de elaborar uma Tabela Italiana para a avaliação do dano biológico.

³ R.D. 31 Janeiro 1904, n. 51.

Em 2 de Março de 1996, em Pavia, a Comissão apresentava ao Directivo o texto definitivo da primeira edição.

Em 27 de Setembro de 1996, em Modena, era oficialmente apresentado o Guia na assembleia dos sócios da SIMLA.

O Terceiro Milénio anuncia uma “revolução copernicana” na avaliação do dano à pessoa. A seguir ao citado Decreto de Lei 38/2000, com o D.M. de 12 de Julho de 2000, vem publicado o primeiro deferimento da lei sobre o tema de avaliação do dano biológico, limitando-se aos acidentes de trabalho. Há no entanto o risco de condicionar a avaliação do dano e indemnização em Civil pelas Tabelas com origem noutro âmbito valorativo.

Provavelmente é aqui que a Medicina Legal Italiana muda novamente a sua visão com a abertura do Congresso Nacional S.I.M.L.A. em Riccione, 9-11 Maio 2001.

Nas conclusões afirma-se que:

“O dano biológico é uma noção unitária e unívoca, de valor em todos os âmbitos: responsabilidade civil, segurança social contra os riscos do trabalho e [...] segurança privada contra os acidentes e as doenças e em todos âmbitos de assistência e previdência social”.

Os mesmos conceitos são expressos na ocasião das V Jornadas Médico Legais Romanas – IV Jornadas Médico Legais Europeias, em Roma a 26, 27 e 28 de Junho de 2001 onde, lembrando a norma contida na Lei 57/2001, Tabela das alterações entre 1 e 9%, se elabora – em contrapartida – uma posterior Tabela para a avaliação do dano entre 10 e 100%.

O documento proposto à assembleia do congresso de Ferrara (28-30 Novembro 2001) representa uma linha orientadora na avaliação do dano biológico e um posterior contributo doutrinário e prático.

Entretanto, seguidamente ao art. 5, co. 5 da Lei 57/2001, é publicado o Decreto Ministerial da Saúde 3 Julho 2003 (“Tabela das alterações à integridade psicofísica entre 1 e 9 pontos de invalidez”).

Em 26 de Maio de 2004, o Ministério da Saúde nomeou os componentes da Comissão “Macro permanente”, para elaboração das Tabelas das alterações entre 10 e 100%, a fim de solucionar o problema de uma Tabela específica para a lesão de grau importante. Esta Comissão integrava Médicos Legistas, Magistrados, Juristas, Funcionários, representantes da A.N.I.A., da *Associazioni medico-legali* e da *Associazioni fra Consumatori*.

No entanto, como já havia sido referido, o “Código da Segurança Privada”, em vigor desde 1 de Janeiro de 2006, no Art. 138 °(Dano biológico por lesões de natureza não ligeira) reafirma a necessidade de uma Tabela específica para as lesões “macropermanentes”.

A 27 de Janeiro de 2006, em Roma, a Comissão Ministerial para a elaboração de uma Tabela única nacional da avaliação da alteração da integridade psicofísica de 10 a 100 pontos de dano anuncia oficialmente a conclusão dos seus trabalhos.

Apesar de terem decorrido sete meses desde a sua apresentação, a Tabela não foi ainda objecto de uma disposição legislativa.

Corre-se o risco de que a história da avaliação do dano biológico não tenha fim e fique em desequilíbrio entre a norma e a doutrina, entre o dinamismo e a inércia como num eterno teatro do absurdo!

Vladimir: Vamos?

Estragon: Vamos.

Não se movem.

(de "À espera de Godot", de Samuel Beckett)

SISTEMA NERVOSO CENTRAL, PERIFÉRICO E CABEÇA	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Síndrome pós-concussional	2-4	
Síndrome pós-concussional associado a lesões traumáticas encefálicas		5-15
Tetraplegia de origem medular		95-100
Fractura dos ossos próprios do nariz e do septo nasal	2-6	

VISÃO	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Perda total de visão bilateral		85
Perda total de visão monolateral		28
Visão residual 9/10	1	
Visão residual 8/10	1	
Visão residual 7/10	3	
Visão residual 6/10	5	
Visão residual 5/10	7	

APARELHO MASTIGATÓRIO	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Perda de um incisivo central superior Perda de um incisivo lateral ou de um incisivo central inferior	1,25 0,50	
Perda de um canino Perda do primeiro premolar	1,50 0,75	
Perda do segundo premolar Perda do primeiro molar	0,75 1,25	
Perda do segundo molar Perda do terceiro molar	1 0,50	

MEMBRO SUPERIOR	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Perda de ambos os membros superiores		85
Perda de um membro superior		60-65 d. 55-60 n.d.
Parésia total de um membro superior		60 d. - 55 n.d.

CINTURA ESCAPULAR	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Anquilose completa da escápulo-umeral		25 d. - 20 n.d.
Limitação acentuada das mobilidades da escápulo-umeral		13 d. - 11 n.d.
Limitação moderada das mobilidades da escápulo-umeral	9 d. - 7 n.d.	
Sequelas de luxação do ombro com repercussão funcional ligeira	< 4 d. - < 3 n.d.	

COTOVELO	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Anquilose do cotovelo sem afectação da pronosupinação		18 d. - 15 n.d.
Flexão 90°-180° sem afectação da pronosupinação	8 d. - 7 n.d.	

PUNHO	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Anquilose do punho sem afectação da pronosupinação		12 d. - 10 n.d.
Rigidez com redução de 2/3 da flexão-extensão	9 d. - 8 n.d.	
Rigidez com redução de 1/2 da flexão-extensão	6 d. - 5 n.d.	

MÃO	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Perda dos 5 dedos		48 d. - 43 n.d.
Perda do polegar		20 d. - 18 n.d.
Perda do indicador		11 d. - 9 n.d.
Perda do médio	7 d. - 6 n.d.	
Perda do anelar	6 d. - 5 n.d.	
Perda do mínimo	8 d. - 7 n.d.	

MEMBRO INFERIOR	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Amputação bilateral pela coxa		65-85
Amputação monolateral da coxa		45-60
Amputação bilateral da perna		50-65
Amputação monolateral da perna		35-50

ANCA	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Anquilose da anca		30
Limitação de ¼ dos movimentos	8	

JOELHO	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Anquilose do joelho		25
Flexão (90°- 180 °)	< 9	
Instabilidade articular por rotura de um dos ligamentos cruzados, não operada		10
Sequelas de meniscectomia parcial artroscópica sem limitação funcional	2	

TORNOZELO	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Anquilose da tibiotalar		12
Limitação de 1/2 das mobilidades da tibiotalar	6	

PÉ	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Amputação bilateral do pé		45-60
Amputação monolateral do pé		30-40
Perda do hallux	6	
Sequelas de fractura do I e V meta	< 3	

COLUNA CERVICAL	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Sequela de fractura da apófise odontóide		12-18
Sequela de fractura de uma vértebra cervical com deformação do corpo		10-12
Sequela de chicotada cervical	< 2	

COLUNA DORSAL	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Sequela de fratura de D12 em cunha		10-12
Sequela de fratura de um corpo vertebral de D1 a D10 em cunha	4-6	

COLUNA LOMBAR	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Sequela de fratura de um corpo vertebral lombar em cunha		10-12
Sequelas de trauma menor da coluna lombar	< 2	

SACRO E CÓCCIX	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Sequela de fratura do sacro ou cóccix	3-5	

TÓRAX	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Sequela de fratura não articular da escápula	1-2	
Sequela de fratura da clavícula, bem consolidada, sem limitação articular	1-2	
Sequela de fratura de uma costela	1-2	

DANO ESTÉTICO (Escala de 5 graus)	Tabela micropermanente (1-9%)	Tabela macropermanente (10-100%)
Grau 1 ou 2	< 5	
Grau 3	6-9	
Grau 4		10-20
Grau 5		21-35

Resumo: A tabela italiana de avaliação do dano corporal – percurso histórico

Partindo da introdução, em Itália, das tabelas de avaliação do dano à integridade psicofísica, os Autores apresentam a evolução do conceito de dano biológico através de diferentes etapas: doutrinal, jurisprudencial e normativa.

Palavras-chave: dano pessoal; dano biológico; responsabilidade civil; invalidez; avaliação do dano.

Summary: Italian table for bodily damage evaluation – historic approach

Starting from the introduction, in Italy, of Tables for bodily damage evaluation, Authors analyses the biological damage concept through the most main points of legal journey.

Key-words: personal damage; biological damage; civil liability; invalidity; damage evaluation.

Résumé: Le barème italien d'évaluation du dommage corporel – approche historique

À propos de l'introduction, en Italie, des barèmes pour l'évaluation du dommage à l'intégrité psychophysique, les auteurs présentent l'évolution du concept du dommage biologique à travers des différentes étapes: doctrinal, jurisprudentielle et normative.

Mots-clés: dommage personnel; dommage biologique; responsabilité civile; invalidité; évaluation du dommage.

Pedido de separatas:

KATIA BISOGNI

Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni

Università degli Studi "Magna Græcia"

Catanzaro, Itália.

bisognikatia@libero.it

“Condyloma Acuminata”: Aspectos médico-legais a propósito de um caso clínico

J. L. Ferreira dos Santos¹, M. A. Gouveia², J. Costa Santos³

I. Introdução

A sociedade em geral e os profissionais de saúde em particular estão conscientes da necessidade e importância de que se reveste a detecção precoce dos casos de abuso sexual. No entanto, esta percepção nem sempre encontra, na prática, a resposta mais adequada, porquanto o diagnóstico de abuso sexual não é, por via de regra, fácil de estabelecer. Mesmo quando se observam sinais clínicos sugestivos, a investigação médico-legal exige o recurso a outros meios, nomeadamente exames complementares de diagnóstico, com vista ao esclarecimento contextualizado da sua etiologia à luz de toda a informação apurada.

O caso clínico aqui apresentado refere-se a uma criança que foi internada num hospital para o qual havia sido encaminhada pelo seu médico de família, a fim de aí ser submetida a uma intervenção cirúrgica programada. Na altura, a mãe alertou os médicos para o facto de a criança apresentar umas “*borbulhas*” na região anal, o que levaria a que, no decurso da intervenção cirúrgica, fosse efectuada uma exploração desta região, onde foram encontradas múltiplas lesões vegetantes. Realizada biópsia de uma dessas lesões, o exame anátomo-patológico revelou tratar-se de “*condiloma anal*”.

Apoiada nestes achados clínicos, a equipa médica do hospital, suspeitando que a criança tivesse sido vítima de abuso sexual, entendeu mantê-la internada, a fim de assegurar a sua protecção, sem que tivesse solicitado a colaboração da medicina legal nos termos previstos na lei.

¹ Chefe de Serviço de Medicina Legal na Delegação de Lisboa do I.N.M.L..

² Assistente Graduado de Medicina Legal na Delegação de Lisboa do I.N.M.L..

³ Chefe de Serviço de Medicina Legal e Director da Delegação de Lisboa do I.N.M.L..

Os pais da criança reagiram com perplexidade e indignação a esta conduta, que consideraram arbitrária e lesiva da sua imagem e reputação, tanto mais que as suspeitas recaíam sobre elementos da família, nomeadamente o próprio pai e um tio paterno. Perante tal situação, os pais recorreram à intervenção do Ministério Público, que ordenou a realização urgente de um exame pericial de natureza sexual, o qual viria a ser efectuado oito dias depois da intervenção cirúrgica realizada no hospital e numa altura em que a criança já se encontrava a fazer terapêutica tópica dermatológica.

O exame pericial revelou algumas particularidades, que, no entender dos autores, justificam a apresentação e discussão do caso com a finalidade de ilustrar a necessidade de uma intervenção médico-legal precoce em situações similares, não apenas para uma correcta formulação diagnóstica em termos clínicos, mas também para permitir uma adequada ponderação em sede de inquérito judicial e a adopção tempestiva das medidas tidas por mais convenientes em termos epidemiológicos e sanitários.

II. Dados Clínicos

No caso em apreço, a intervenção dos peritos médicos foi solicitada pelo Departamento de Prevenção de Crimes Sexuais da Directoria de Lisboa da Polícia Judiciária na sequência de informação proveniente do hospital onde uma criança do sexo masculino, de 4 anos de idade, raça negra, se encontrava internado por existirem “*achados clínicos com fortes indícios de abuso sexual*” (sic).

A criança havia sido enviada ao hospital pelo seu médico de família, a fim de ser submetida a cirurgia electiva para tratamento de hérnia umbilical, fimose e ressecção de fístula pré-auricular, tendo a mãe, nessa altura, chamado a atenção dos médicos para a existência de umas “*borbulhas*” na região anal do filho.

Segundo o protocolo operatório, foi observada no decurso dessa intervenção cirúrgica uma lesão vegetante peri-anal que levou a exploração regional e à identificação de múltiplas lesões vegetantes na mucosa anal e de uma fissura de evolução crónica, localizada às 6 horas (por referência ao mostrador de um relógio na posição de decúbito dorsal).

Foi efectuada biopsia da lesão peri-anal para estudo anátomo-patológico, cujo resultado confirmaria tratar-se de um condiloma anal sem focos de displasia. A pesquisa de *P 16 ink 4^o* (vírus de alto risco) revelou-se negativa. A equipa médica decidiu prolongar o internamento da criança na presunção de que esta havia sido vítima de abuso sexual.

Nesta sequência, os pais foram convocados para uma entrevista com a assistente social do Serviço que os confrontou com as suspeitas e consequente necessidade de manter a criança internada, a fim de assegurar a sua protecção, tanto mais que as suspeitas recaíam sobre elementos da própria família – o próprio pai e um tio paterno.

Colhidos de surpresa, os pais reagiram com indignação, negando em absoluto tal possibilidade e contestando a legitimidade da equipa médica para manter a criança internada contra a vontade dos seus representantes legais. Perante tal situação, os pais procuraram de imediato apoio jurídico, tendo os Serviços Jurídicos do hospital enviado o relatório da assistente social para o Tribunal Criminal de Lisboa, solicitando orientação urgente.

Na posse da informação do hospital, o magistrado do Ministério Público admitiu a possibilidade de os factos relatados integrarem a prática de um crime de natureza sexual ainda por determinar, revelando-se "*susceptíveis de colocar em perigo a integridade física, a autodeterminação sexual e o são desenvolvimento do menor*", pelo que, no interesse deste, ordenou, nos termos do art.º 178.º, n.º 2, do Código Penal, a instauração de procedimento criminal, determinando:

- a) A não entrega do menor aos progenitores, devendo este permanecer ao cuidado do hospital;
- b) A extracção de certidão e a sua remessa imediata ao Tribunal de Família e Menores para validação judicial da providência então tomada e para instauração do competente processo de promoção e protecção a favor do menor.

Foi na sequência destas diligências e decorridos que eram oito dias sobre a intervenção cirúrgica, que viria a ser solicitada, à Delegação de Lisboa do Instituto Nacional de Medicina Legal (I.N.M.L.), a realização urgente de uma perícia de natureza sexual à criança.

III. Dados Periciais

A criança compareceu a exame médico-legal conduzida por inspectores da Polícia Judiciária, que eram portadores do processo clínico do hospital, sendo também acompanhada pelos pais.

A entrevista aos pais e à criança decorreu em várias etapas: na presença de ambos os pais, a sós com cada um dos progenitores e a sós com a criança, tendo havido necessidade de solicitar vários elementos clínicos que nos permitissem obter um adequado enquadramento da situação, tendo em atenção os pressupostos invocados.

A criança é filha de pais que vivem em união de facto desde há cerca de 8 anos. O pai, de 38 anos de idade, raça negra, montador de tectos falsos, era descrito como saudável. A mãe, de 27 anos, igualmente de raça negra, cabeleireira na situação de desemprego, nasceu em Luanda, onde teria vivido uma infância marcada por diversas vicissitudes e problemas de saúde – relatava episódios de tinha, escabiose, exantemas, malária e uma tuberculose pulmonar, que a obrigou a internamento hospitalar. Adoptada por um casal de embaixadores de Angola em Portugal, veio viver com estes para o nosso país, ainda que tivesse sido obrigada a regressar ao seu país de origem devido a inesperadas dificuldades burocráticas relacionadas com o processo da sua adopção.

Ambos manifestavam uma profunda surpresa e indignação perante a suspeita suscitada pela equipa médica do hospital, que esteve na origem da realização do exame pericial, considerando-a totalmente descabida e lesiva da imagem da família.

Segundo eles, o filho nasceu de parto de termo, aparentemente eutócico, em meio hospitalar, com cerca de 3 kg de peso, tendo permanecido algumas semanas numa incubadora por alegada ingestão de líquido amniótico na altura do parto. Descrito como uma criança sempre saudável, seguida em consultas médicas regulares, o filho viria a ser encaminhado para o hospital pelo seu médico assistente para tratamento cirúrgico de hérnia umbilical, fimose e fístula pré-auricular.

A mãe relatava ter sido ela própria a chamar a atenção quer do médico assistente, quer dos médicos do hospital, para as “*borbulhas*” que o filho apresentava nas margens do ânus, pensando tratar-se de “*furúnculos*”, situação que não teria sido valorizada pelo médico de família. “*Borbulhas*” essas, que, ainda segundo a mãe, eram em tudo semelhantes às que lhe tinham surgido a ela, na região vulvo-vaginal, quer durante a gravidez, quer posteriormente, e que a teriam levado a recorrer, por diversas vezes, a Serviços de Urgência hospitalares. Os médicos ter-lhe-iam dito tratar-se de “*condilomas*”, que nunca tratou por não lhe provocarem dor ou qualquer outro incómodo. Mais tarde, ter-lhe-iam sido diagnosticados “*sinais de herpes vaginal*”, para o que fez tratamento oral e tópico, sem qualquer controlo clínico ulterior.

Nos antecedentes do pai apenas se apura o aparecimento, alguns meses antes do exame pericial, de uma “*borbulha*” com o aspecto de couve-flor na região mentoniana, que teria desaparecido espontaneamente em pouco tempo.

Questionados, ambos os pais negaram quaisquer antecedentes relacionados com doenças sexualmente transmissíveis ou factores de risco a estas associados.

Na história familiar, avultam as graves dificuldades económicas, que os levariam, há alguns meses, a deixar a casa onde residiam para irem viver com um tio paterno, bem assim como um acentuado défice das mais elementares medidas de higiene – v. g. a água do banho era partilhada pelos pais e filho, tal como as toalhas utilizadas.

A criança evidenciava um bom estado geral, de nutrição e higiene, adequado desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor, e um comportamento caracterizado por uma grande vivacidade. Ainda que a sua tenra idade não lhe permitisse verbalizar qualquer informação relevante, a interacção com ambos os pais revelou-se espontânea, próxima e afectuosa.

No exame físico observaram-se, para além da existência de pensos oclusivos relacionados com as intervenções cirúrgicas a que a criança fora recentemente submetida, as seguintes lesões: 1) uma fissura linear, rosada, discretamente arciforme, de convexidade superior, medindo 5 mm de comprimento e prolongando, para fora, uma das pregas radiárias do quadrante inferior esquerdo da margem do ânus; 2) várias formações vegetantes, igualmente situadas nas margens do ânus, pediculadas e exofíticas, com as dimensões de ervilhas, algumas com a forma de uma pequena couve-flor crescendo para o canal anal, de tonalidade rosada e indolores à palpação digital, e outras mais pequenas, papuladas e de coloração esbranquiçada.

As pregas radiárias, fora destas lesões dérmicas, estavam conservadas, a tonicidade do esfíncter anal mantida e o canal anal só permitia a introdução da polpa do dedo mínimo.

A nível da restante superfície corporal em geral e das áreas genitais não se observaram lesões de etiologia traumática e não se palpavam gânglios aumentados de volume nas áreas electivas.

A história obtida durante o exame médico-legal conduziria ao pedido de informação clínica complementar, através da qual foi possível apurar que, quando a criança tinha 11 meses de idade, o médico de família já havia observado e registado "*lesões papulosas na região anal... eczema*", que, aparentemente, nunca foram devidamente diagnosticadas ou tratadas.

Por seu turno, nos registos hospitalares relativos à mãe figuravam várias referências a "*lesões tipo pápula na região vulvo-vaginal. Condilomas a nível do intróito vaginal e períneo*" e a "*lesões de herpes vaginal*", que corroboravam o seu relato.

Durante o internamento da criança foi iniciado, após confirmação por biópsia, o tratamento tópico dos condilomas anais e efectuado exame de ADN para a *Chlamydia Trachomatis* (PCR), que se revelou negativo.

IV. Discussão

O presente exame pericial de natureza sexual foi solicitado pela autoridade judiciária competente com base na denúncia de “*achados clínicos com fortes indícios de abuso sexual*”, oriunda do hospital onde a criança havia sido internada para realização de cirurgia programada.

A observação clínica tinha revelado lesões peri-anais vegetantes, tendo-se efectuado biópsia de uma dessas lesões, cujo exame anátomo-patológico confirmou tratar-se de condiloma acuminado, sem focos de displasia. A criança foi encaminhada para uma consulta de dermatologia, tendo iniciado terapêutica adequada das lesões anais ainda antes de ser submetida ao exame médico-legal.

A equipa médica hospitalar, baseada nos achados clínicos, entendeu manter a criança internada contra a vontade expressa dos pais no pressuposto de que esta havia sido vítima de abuso sexual, sem que tivesse procedido a uma história clínica mais exaustiva, contemplando, nomeadamente, os antecedentes destes, ou solicitado a colaboração de especialistas em medicina legal, possibilidade esta, aliás, expressamente prevista na lei. Esta intervenção só viria a ser requerida posteriormente, já em sede de inquérito criminal ordenado por um magistrado do Ministério Público.

A situação que conduziu à realização do exame médico-legal e os resultados obtidos por esta via justificam, no entender dos autores, algumas considerações destinadas a promover, em situações semelhantes, condutas médicas e institucionais mais consentâneas com as previsões legais e os direitos dos cidadãos.

Antes de mais, cabe aqui recordar que, à luz da Lei nº 45/2004, de 19 de Agosto, mais conhecida por *lei das perícias médico-legais*, compete às delegações e gabinetes médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal, na área de influência respectiva, a realização das perícias médico-legais que lhe forem solicitadas por autoridade judiciária ou judicial (art.ºs. 2º e 3º), podendo estes serviços médico-legais receber denúncias de crimes, no âmbito da actividade pericial que desenvolvam, praticando os actos cautelares necessários e urgentes para assegurar os meios de prova, procedendo, nomeadamente, ao exame, colheita e preservação dos vestígios, cujo resultado deverá ser comunicado no mais curto prazo ao Ministério Público (art.º. 4º).

Também nesta lei se encontra prevista a realização de perícias médico-legais urgentes, ou seja, aquelas em que se imponha assegurar com brevidade a observação de vítimas de violência, tendo designadamente em vista a colheita de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente (art.º. 13º). Para assegurar a realização destas perícias há, dia-

riamente, em cada delegação, um perito em serviço de escala, prevendo-se que tal possa ocorrer também nos gabinetes médico-legais, à medida que o número de peritos que aí exercem as suas funções o permita.

Assim, perante a suspeita de um crime de natureza pública, como, por exemplo, o crime de *maus tratos e infracção de regras de segurança*, previsto e punido pelo artigo 152º do Código Penal, o responsável pela equipa médica em serviço num hospital público poderá solicitar a colaboração do perito médico da delegação do I.N.M.L., da respectiva área, com vista ao esclarecimento da situação e consequente adopção das medidas tidas por mais convenientes.

Embora a existência destas disposições legais seja do conhecimento dos principais estabelecimentos hospitalares, tal como sucede com as autoridades judiciais e judiciárias, no caso em apreço a Delegação de Lisboa do I.N.M.L., só viria a ser contactada oito dias depois de a equipa médica ter suspeitado de uma situação de abuso sexual e de, por força disso, ter decidido manter a criança internada sem indicação clínica formal para tal e contra a vontade expressa dos pais. Acresce, na circunstância, o facto de ter sido a própria mãe a alertar os médicos para a existência de "borbulhas" na região anal da criança, pretendendo, com isto, que as mesmas fossem objecto de tratamento.

Tal conduta não exclui, naturalmente, a possibilidade de abuso sexual perpetrado por terceiros, nem aqui se põe em causa a legítima preocupação dos médicos hospitalares em assegurar a protecção da criança, tanto mais que se configurava uma situação em que o ilícito penal poderia assumir uma natureza pública pelo facto de se tratar de um menor de 14 anos e um dos suspeitos exercer sobre a vítima poder paternal.

O que merece reparo é a forma como o processo foi conduzido pela equipa hospitalar, que, de forma precipitada e sem fundamentação bastante, suscitou suspeitas gravosas para o pai e um tio paterno, com a consequente reacção de indignação e revolta da família, sem que tivessem sido desencadeadas diligências prévias que se encontravam ao seu alcance e que poderiam ter evitado semelhante desenlace.

Com efeito, se tivesse sido solicitada a pronta colaboração do especialista de medicina legal, a quem cabe a realização do exame pericial e a colheita de vestígios e amostras destinadas aos exames complementares de diagnóstico tidos por necessários, o desfecho teria sido seguramente diverso, com vantagem para a realização tempestiva da justiça e com um mínimo de desgaste emocional para a família e para a própria criança.

Cabe aqui recordar que o exame pericial de alegadas vítimas de crimes de natureza sexual deve ter lugar o mais precocemente possível, desejavelmente nas primeiras 72 horas após a ocorrência de contacto sexual significativo, o

que nem sempre é possível estabelecer com segurança, sobretudo no caso de crianças de tenra idade.

Dito isto, importa agora esclarecer, à luz do exame pericial efectuado, qual a origem mais provável dos condilomas acuminados observados na criança.

Esta entidade nosológica resulta de uma infecção causada por um grupo de vírus (HPV – *Human Papilloma Viruses*) que determinam lesões papilares, as quais, ao fundirem-se, formam massas vegetantes com o aspecto de couve-flor (v. g. verrugas, condilomas).

No homem, estas lesões localizam-se, mais frequentemente, na glândula, prepúcio e meato uretral, enquanto na mulher tal ocorre na vulva, períneo, vagina e colo do útero. Em ambos os sexos podem aparecer, ainda, no ânus e recto, sem que tal implique, necessariamente, a prática de coito anal. Com relativa frequência a lesão pode ser de difícil visualização à vista desarmada, sendo também, na grande maioria das vezes, assintomática.

Como complicações assinalam-se o cancro do colo do útero e vulva e, mais raramente, o cancro do pénis e, em algumas estirpes, também do ânus.

A transmissão do vírus pode ocorrer por contacto sexual íntimo (vaginal, anal e oral), mas também pode verificar-se na ausência de penetração vaginal ou anal devido ao seu elevadíssimo dermatotropismo. Isto explica a possibilidade de contaminação por outras vias que não a sexual, como seja a utilização comum de instalações sanitárias, banheiras, saunas, toalhas, peças de roupa íntima, etc.

Uma criança pode ainda ser infectada pela mãe doente, por via intra-uterina - transplacentar ou ascendente - ou por via perinatal, durante o parto ou quando do aleitamento materno.

Segundo os dados disponíveis na literatura científica, apenas um quarto dos casos observados em crianças está relacionado com abusos sexuais, o que, manifestamente, limita a importância da sua contribuição para o diagnóstico destas situações.

O chamado período de incubação destes vírus é muito variável, oscilando entre algumas semanas e vários anos. Não sendo conhecido o tempo que o vírus pode permanecer no estado de latência e quais os factores que desencadeiam o aparecimento das lesões, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a contaminação e o desenvolvimento das lesões, cuja idade média de aparecimento é estimada em três anos.

A terapêutica habitualmente utilizada é de aplicação local (cáusticos, quimioterápicos, cauterização, etc.) e visa a remoção das lesões (verrugas, condilomas). As recidivas podem ocorrer e são frequentes, mesmo com o

tratamento adequado. Nalguns casos, as lesões podem desaparecer espontaneamente.

Não existe ainda um medicamento que erradique o vírus, mas a cura da infecção pode ocorrer por activação dos mecanismos de defesa do organismo, estando a decorrer investigações tendentes a obter vacinas contra o HPV.

Esta breve incursão sobre tal patologia e os dados obtidos no exame médico-legal realizado à criança permitem admitir, com elevada probabilidade, que, neste caso concreto, a via de contágio terá sido outra que não a sexual.

Com efeito, tendo em conta: 1) o resultado da observação efectuada, designadamente a ausência de lesões traumáticas sugestivas a nível do ânus; 2) os antecedentes pessoais da criança (registo clínico de *pápulas* na região anal aos 11 meses, não diagnosticadas nem tratadas); 3) os antecedentes familiares, nomeadamente maternos (registo clínico de condilomas vaginais e perineais, e de herpes genital, ambos diagnosticados e não tratados ou insuficientemente tratados); 4) a constatação de um importante défice de hábitos de higiene na família, explicável, em larga medida, pelas graves carências sociais e económicas com que esta se debatia – a hipótese diagnóstica mais provável aponta claramente para uma contaminação veiculada pela utilização comum de peças de roupa íntima, toalhas de banho e outras.

À data do exame pericial, constatou-se a existência de vários condilomas acuminados na região anal da criança, confirmados histologicamente, pelo que esta foi reenviada ao hospital de origem, com vista à prossecução da terapêutica já iniciada. Além disso, e depois de explicada a situação aos pais e obtida a sua aquiescência, propôs-se que os familiares coabitantes fossem estudados clinicamente e sujeitos à terapêutica tida por adequada, a fim de pôr termo ao ciclo contaminante.

V. Conclusões

1. A sociedade em geral e os profissionais de saúde em particular estão conscientes da importância da detecção precoce dos casos de maus tratos e abuso sexual, nomeadamente aqueles que envolvem crianças. No entanto, a identificação destes casos não pode quedar-se pela mera constatação de sinais ou sintomas mais ou menos sugestivos. O diagnóstico destas situações requer, amiúde, conhecimentos técnicos e científicos diferenciados que permitam uma avaliação clínica adequada e devidamente contextualizada.

2. Na apresentação e discussão do caso vertente são apontadas as vulnerabilidades de uma avaliação médica avulsa perante a suspeita de abuso sexual de uma criança, salientando-se a importância de uma intervenção médico-legal tão precoce quanto possível, com vista a uma correcta avaliação de situações desta natureza.
3. As disposições legais vigentes prevêm a possibilidade de intervenção médico-legal tempestiva sempre que para tal exista justificação, quer através dos serviços de Clínica Forense das delegações do I.N.M.L., quer, nos casos urgentes, através do perito médico em serviço de escala.
4. O exame pericial obedece a um protocolo específico, que inclui a avaliação completa da alegada vítima, tendo em conta o relato da situação que esteve na origem do exame, os antecedentes pessoais e familiares, a dinâmica relacional, a eventual colheita de vestígios para exames complementares (biológicos, toxicológicos, etc.), bem assim como a análise de toda a informação relevante para a apreciação do caso.
5. O resultado dessa avaliação é apresentado sob a forma de relatório contendo uma referência à informação externa obtida e respectivas fontes, a história actual que motivou a realização da perícia, os antecedentes pessoais e familiares, a observação clínica, o resultado dos exames complementares quando realizados, a discussão contextualizada dos dados obtidos e as conclusões, que devem ser claras, precisas e concisas.
6. Esta intervenção, protagonizada por especialistas em medicina legal ou peritos médicos qualificados, destina-se, naturalmente, a auxiliar a realização da justiça, a qual não se confina à avaliação e interpretação pericial da prova, abarcando também a salvaguarda dos direitos e legítimos interesses dos cidadãos de algum modo envolvidos na situação.

Bibliografia

1. Bourrillon A, Billette de Villemeur Th, Nathanson N, Rey C. Maltraitance à enfants: définitions, épidémiologie, réalités et perspectives. Flammarion Médecine-Sciences – Journées Parisiennes de Pédiatrie; 2001.
2. Gosset D, Hedouin V, Revuelta E, Desurmont M. Maltraitance à enfants. Masson Éditeur; 1998.
3. Herrera-Basto MC. Indicadores para la detección de maltrato en niños. Salud Pública Méx 2000; 5 (41): 58-65.

4. Lei nº 45/2004 19 de Agosto. Diário da República – I Série A, nº 195, 19 Agosto. p. 5362-5368.
5. Lopes JM. Os crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual no Código Penal. Coimbra Editora; 2002.
6. Robert V, Higgins MD, Wendel Nauman M.D. "Condyloma acuminatum" e-Medicine. com, Inc.; 2005.
7. Santos JC. Prova Médica: que prova? Reflexões sobre os exames periciais em matéria de abusos sexuais de crianças e adolescentes. In: Frade A, Marques AM, coords. Abusos Sexuais em Crianças e Adolescentes. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família; 1998. p. 55-70.
8. Sheela LL, Macclain RN, Rebecca M.D., Margaret, M.D., Kim Cheung, M.D. Evaluating the Child for Sexual Abuse. American Family Physician 2001; 63 (5).
9. Shelton TB, Jerkins GR, Noe HN. Condyloma acuminata in the pediatric patient. J Urol Mar 1986; 135 (3): 548-9.
10. Silva F. Direito Penal especial. Crimes contra as pessoas. Quid Júris. Editora Lisboa; 2005.
11. Syrjanen S, Puranen M. Human papillomavirus infections in children: the potential role of maternal transmission. Crit Ver Oral Biol Med 2000; 11(2): 259-74.
12. Tyring SK. Human papillomavirus infections: epidemiology, pathogenesis, and host immune response. J Am Acad Dermatol 2000; Jul. 43 (1Pt 2): S (18-26).

Resumo: "Condyloma acuminata" – Alguns aspectos médico-legais a propósito de um caso clínico

A sociedade em geral e os profissionais de saúde em particular estão conscientes da necessidade e importância de que se reveste a detecção precoce dos casos de abuso sexual. No entanto, esta percepção nem sempre encontra, na prática, a resposta mais adequada, porquanto o diagnóstico de abuso sexual não é, por via de regra, fácil de estabelecer. Mesmo quando se observam sinais clínicos sugestivos, a investigação médico-legal exige o recurso a outros meios, nomeadamente exames complementares de diagnóstico, com vista ao esclarecimento contextualizado da sua etiologia à luz de toda a informação apurada.

Os AA. apresentam o caso de uma criança que foi internada num hospital para realização de intervenção cirúrgica de rotina, tendo a mãe alertado o equipa médica para umas "borbulhas" anais no filho. Durante a intervenção cirúrgica teve lugar a exploração anal e biópsia de uma das lesões vegetantes encontradas, que o exame anátomo-patológico veio a revelar tratar-se de "condiloma anal".

Baseada apenas nos achados clínicos encontrados, a equipa hospitalar decidiu retirar a criança aos progenitores por suspeita de abuso sexual, sem ter procedido sequer a inquérito epidemiológico nem ter solicitado exame pericial de natureza sexual, possibilidade esta contemplada na legislação vigente.

Apenas oito dias depois de admitidas as suspeitas e de ter sido iniciada a terapêutica tópica dermatológica anal foi requerida intervenção pericial urgente através do Ministério Público.

Os pais reagiram com indignação e procuraram apoio jurídico, com vista a obter a entrega da criança.

Com base no resultado do exame pericial, são apontadas as vulnerabilidades da decisão da equipa hospitalar e assinalada a importância de uma intervenção médico-legal tempestiva em situações semelhantes por forma a assegurar a realização da justiça, que não se confina à avaliação e interpretação pericial da prova, abarcando também a salvaguarda dos direitos das pessoas de algum modo envolvidos na situação.

Palavras-chave: abuso sexual; condilomas acuminados; exame pericial.

Summary: “Condyloma acuminata” – Medico-legal aspects on a case report

The society and health providers are aware that sexual abuse, namely in children, should be taken into account. Nevertheless, the means to do it are not always available or the health professionals at times miss the target and claim a wrong diagnosis in some cases.

AA. present a case-study concerning a child admitted to an hospital for surgery for phimosis. In the procedure, the anal region was examined and a small wart was biopsied, later having been diagnosed as condyloma acuminatum of the anal region. Prior, the child’s mother had informed the medical staff of some warty growths in the same location hoping they would be treated.

Solely based on the clinical findings, doctors kept the child in hospital beyond admission time allegedly for suspicion of sexual abuse, without a preliminary medico-legal examination in accordance with the legislation on this subject and after beginning the patient’s treatment. An urgent investigation was determined by the Public Prosecutor while the parents claimed that the child was discharged.

The medico-legal examination revealed that some procedures had been skipped, mainly an earlier request for a forensic clinical opinion which could contribute to avoid litigation, and also to take preventive measures from the epidemiological point of view.

Key-words: sexual abuse in children; warty lesions; medico-legal examination.

Resume: “Condyloma acuminata” – Approche médico-légale à propos d’un cas clinique

La société en général et particulièrement les médecins, sont pleinement conscients de l’importance de détection des cas d’abus sexuel. Toutefois, cette perception ne trouve toujours pas, dans la pratique, la réponse la plus adéquate, car le diagnostic d’abus sexuel n’est pas, habituellement, facile d’établir.

Les auteurs présentent le cas d’un enfant qui a été interné à l’Hôpital pour réaliser une chirurgie de routine ayant la mère alerté l’équipe médicale pour des «boutons» à la région anal en demandant son traitement.

Pendant la chirurgie on a procédé a une biopsie d’un des boutons dont l’examen histologique a révéle «condyloma acuminatum». Exclusivement basée en des éléments cliniques l’Hôpital a décidé d’enlever l’enfant à ses parents dans la soupçon d’abus sexuel, même sans avoir procédé à une enquête épidémiologique ou avoir demandé une expertise médico-légale qui s’imposait.

Seulement huit jours après l'observation de la région anal de l'enfant effectuée à l'hôpital et le commencement de la thérapeutique dermatologique topique a été sollicité l'intervention médico-légale urgente par le Parquet, car les parents, appuyés par son avocat, exigeaient la dévolution de son fils.

L'expertise effectuée montre la vulnérabilité de la conduite de l'équipe médicale et la nécessité d'une approche médico-légale urgente dans des cas similaires, ayant la contribution par une analyse soigneuse de l'imputabilité médico-légale entre un dommage, un fait générateur et une faute éventuelle. Au delà des seuils prévus par la loi, c'est en effet cette analyse qui permet d'orienter la demande judiciaire et proposer, selon les cas concrets, des mesures d'ordre sanitaire.

Mots-clé: abus sexuels aux enfants, «condyloma acuminata» ; expertise médico-légale.

Pedido de separatas:

J.L. FERREIRA DOS SANTOS

Instituto Nacional de Medicina Legal

Delegação de Lisboa

Rua Manuel Bento de Sousa, n° 3

1150-219 LISBOA

fsantos@dlinml.mj.pt

Revue Française du Dommage Corporel

Resumos dos artigos publicados no vol. 31, nº 4, 2005

Reverberi, M.; pp 7-15 – *Conduta do exame clínico na peritagem do pé traumático*

O pé é frequentemente negligenciado, mal ensinado nas escolas de medicina, quer em reumatologia quer em peritagem médica. Assim, o perito médico deve ser cuidadoso e exaustivo porque os traumatismos do pé são extremamente frequentes e por vezes incapacitantes.

Na peritagem, podem colocar problemas de avaliação funcional e de imputabilidade. A avaliação do dano corporal do pé traumatizado exige, como toda a peritagem, uma série de etapas conduzidas com método e rigor. É necessário tempo para efectuar um estudo completo da função do pé.

Savornin, C.; pp 17-33 – *Os entorses do tornozelo e do pé*

Nos entorses do tornozelo e do pé estão implicadas sete articulações, desde a perónio-tibial inferior até à interfalângica dos dedos.

Contudo, pela sua frequência, o entorse do tornozelo, sobretudo o externo, domina este capítulo patológico.

Estas lesões, demasiadas vezes consideradas como banais, acarretam o risco de se desenvolverem subsequentes sequelas incapacitantes, sendo o diagnóstico de gravidade frequentemente difícil de estabelecer.

Isto quer dizer que depois de um exame clínico bem conduzido, é importante ponderar sobre a necessidade de exames complementares específicos,

não esquecendo as associações lesionais possíveis, com o objectivo de se prescrever o tratamento mais adequado.

Finalmente, o médico deve cumprir criteriosamente estes conselhos, pois a simplificação terapêutica recente neste domínio pode conduzir a negligências prejudiciais nas vítimas.

Courroy, J. B.; pp 35-38 – *Reabilitação do pé traumático*

A reabilitação do pé traumático é longa, difícil e frequentemente árdua. Os seus métodos e objectivos devem ser explicados ao doente para obter a sua plena participação. Tem como principal finalidade a recuperação de uma marcha indolor e harmoniosa. O prognóstico funcional depende antes de tudo do tipo de lesões iniciais. Em casos de traumatismos graves, o internamento em Centro de Reabilitação permite a adopção de tratamentos médicos eficazes e de apoio progressivo e protegido em piscina.

Fazem parte de toda a reabilitação ortopédica, e o mais precocemente possível, a luta contra a dor e o edema inflamatório pós-traumático, os quais podem causar algodistrofia, a luta contra a rigidez, e o reinício de uma marcha normal, função da consolidação óssea.

A duração da reabilitação depende do quadro sequelar do pé: alguns meses se a anatomia normal está conservada, até um ano em casos de calos viciosos residuais (técnicas analíticas de mobilização articular, exercícios globais de marchas variadas, trabalho proprioceptivo sobre apoios instáveis). A frequência dos tratamentos deve ser progressivamente diminuída, com a condição de incentivar o paciente a fazer sozinho e diariamente os diferentes exercícios ensinados.

A adaptação do calçado deve ser cuidadosa para evitar o aparecimento de eventuais zonas de conflito que podem afectar a marcha.

Rigal, F.; pp 39-48 – *Aparelhos do pé traumático: ortóteses e próteses*

Os aparelhos para o pé traumático são constituídos pelas ortóteses plantares de estabilização do pé e pelas próteses de compensação total ou parcial do pé em casos de amputação. As amputações transmetatársicas e parciais dos dedos não provocam sequelas importantes. As amputações do retro-pé com lesões a nível plantar são frequentemente a origem de sequelas funcionais equivalentes ou superiores a uma boa amputação pelo terço médio da perna, que é preferível aconselhar desde logo do que conservar um retro-pé doloroso.

Cecile, A.; pp 49-53 – *A incidência profissional das lesões traumáticas do pé*

A incidência profissional das lesões traumáticas do pé será condicionada por múltiplos factores ligados ao indivíduo, ou seja à importância das sequelas, à empresa, ou seja às possibilidades de adaptação e à assistência social.

O autor, após uma breve referência às diferentes sequelas do pé que podem afectar a actividade profissional e que têm em comum perturbações da marcha, aborda o papel do médico do trabalho na sua função de prevenção e de avaliação (ficha de aptidão), a possibilidade para a vítima de ser reconhecido como trabalhador incapacitado.

O tipo de assistência social é determinante, segundo se trate de um trabalhador em regime geral, de um trabalhador da função pública, ou de trabalhador por conta própria (profissão liberal, artesão).

O autor insiste no papel coordenador essencial do médico do trabalho na retoma da actividade profissional.

Weizman, T.; pp 55-63 – *Crítérios de imputabilidade das lesões osteocondrais pós-traumáticas da arcada do astragalo*

A descoberta de uma lesão osteocondral da arcada do astragalo durante uma peritagem de um traumatismo do tornozelo coloca o difícil problema de imputabilidade.

A diferenciação entre as fracturas osteocondrais recentes, osteocondrite dissecante ou lesões sub-condrais antigas requer conhecimentos epidemiológicos, patogénicos, clínicos, radiológicos, cintigráficos e tomodensitométricos que permitem classificar estas lesões em forma de F, 0 ou G.

A aplicação dos critérios de Simonin a estas três formas permite ter uma ideia da imputabilidade das lesões osteocondrais da arcada do astragalo.

Clavelou, P.; Debouverie, M.; pp 65-71 – *Eslerosse em placas e ambiente*

A eventual relação entre o aparecimento de uma esclerose em placas (ESP) e os múltiplos factores ambientais conhecidos surge mais frequentemente como caso isolado, não sendo sustentada por estudos epidemiológicos rigorosos. O autor limitou o seu trabalho aos factores mais documentados, vacinas (nomeadamente contra a hepatite B), stress, traumatismos, apoiando-se em importantes estudos da literatura.

A quase totalidade dos estudos confirma a ausência de aumento significativo do risco de desenvolver uma esclerose em placas ou de ter uma crise de uma ESP pré-existente subsequente a uma vacinação contra a hepatite B.

Em matéria de stress, os estudos têm enviesamentos e interferências muito importantes perante diversos acontecimentos da vida não permitindo clarificar uma associação precisa. A possível correlação é também especialmente difícil de demonstrar porque a doença tem uma evolução espontânea própria.

A relação médico-legal entre um traumatismo e uma exacerbação ou um agravamento da esclerose em placas deve ter em consideração por um lado, o período de tempo entre o desenvolvimento dos sintomas clínicos e o traumatismo em si mesmo, e por outro lado, a localização do traumatismo que deve interessar o cérebro ou a medula.

Guedon, R.; pp 73-81 – *A reforma no seguro por doença: uma reforma de alto risco*

A saúde não é somente uma preocupação fundamental para cada um de nós, é um desafio económico e político nas nossas sociedades desenvolvidas. Esta actividade profissional, que conhece dificuldades em termos financeiros e de qualidade, encontra-se em plena evolução sob a influência de uma importante reforma votada em meados de 2004 e actualmente em fase de aplicação. Este artigo tenta resumir as implicações desta reforma.

Após ter lembrado em traços largos as noções essenciais da economia do nosso sistema de saúde, o autor fala dos trabalhos recentes do Alto Conselho de Seguros de Doença e as suas recomendações em matéria de funcionamento do sistema de cuidados, das condições de cobertura de cuidados, de receitas e de reorientação do sistema pela qualidade.

Termina dando a sua opinião sobre esta reforma como segurador.

Carbonnié, C.; pp 83-89 – *A independência e a imparcialidade do médico perito*

Em finais de 1996, o Dr. Claude Rousseau, director e fundador do Centro de Documentação sobre o Dano Corporal, assistia à reunião de uma associação de formação médica contínua numa cidade de província, sede de uma perfeitura, tribunais e de um centro hospitalar regional. O tema era “segredo médico e certificados médicos”. O titular da cadeira de medicina legal de uma cidade vizinha tinha-o convidado a falar sobre estes dois pontos delicados. Este último, no entanto, rapidamente desviou o assunto numa direcção inesperada, comparando os peritos médicos, únicos com integridade, com os médicos consultores das companhias de seguros, sempre suspeitos. No momento em que certas publicações colocam em dúvida

o sentido da palavra peritagem, o Dr. Claude Rousseau interrogava-se sobre o objectivo dos seus autores e perguntava-se se estes procedimentos que visavam colocar sob suspeita e denegrir os técnicos não eram deploráveis para uma sã administração da justiça. Quase 20 anos depois, a situação não mudou. A querela semântica à volta do termo perito reaparece regularmente à superfície. Certos peritos “lavam mais branco do que branco” mas perdem a sua brancura logo que são utilizados como os responsáveis por todos os males da nossa sociedade, nomeadamente pelas seguradoras. Por dignidade os médicos atacados recusam-se a responder mas chega um momento onde a dignidade surge da fraqueza.

Com o início de importantes trabalhos sobre o dano corporal efectuados pela AREDOC na Europa, o assunto da independência e imparcialidade do perito médico deve ser definitivamente regulamentado. Deve existir unicamente uma lista de peritos médicos que será posta à disposição de todos os intervenientes envolvidos na reparação do dano corporal.

Resumos dos artigos publicados no vol.32, nº1, 2006

De Mol J.; pp. 7-16 – *A depressão pós-traumática: do dano corporal ao dano psíquico*

A partir dos processos periciais, o autor examina as características semiológicas e psicométricas de um grupo de 50 traumatizados cranianos que apresentam distúrbios depressivos.

O distúrbio depressivo nunca está presente no início. É com base na sintomatologia pós-comocional inicial que pode aparecer de maneira insidiosa e progressiva um humor disfórico.

Instalada, a sintomatologia caracteriza-se por um conjunto de manifestações depressivas e também ansiosas, asténicas e pós-comocionais.

Um estudo estatístico valida a existência de dois sub-grupos que se distinguem essencialmente pelo factor desencadeador da descompensação depressiva: por um lado a depressão “narcisista”, gerada pela destabilização da integridade física e/ou psíquica e por outro lado a depressão “analítica” resultante das repercussões conjugais, familiares e sócio-profissionais do estado de saúde.

As alterações cognitivas, objectivadas por testes, são essencialmente correlacionadas coma astenia. Esta última está, por sua vez, correlacionada com as dificuldades de retomar o trabalho.

O autor, após ter correlacionado os resultados obtidos com os fornecidos pela literatura, insiste nos aspectos médico-legais das depressões pós-traumáticas.

Milecan Ch.; pp. 17-22 – *Perturbações depressivas pós-traumáticas no idoso: diagnósticos diferenciais*

O traumatismo psíquico causado aquando de um acidente (acidente de viação, queda...) pode gerar perturbações depressivas. No idoso, a questão do diagnóstico diferencial coloca-se com acuidade. Com efeito, os sintomas pós-traumáticos frequentemente observados: apragmatismo, disforia, regressão hipocondríaca, alterações mnésicas e da atenção... podem enquadrar-se no quadro de um síndrome depressivo pseudo-demencial mas também confundir-se com um processo degenerativo em início. Quer numa perspectiva de peritagem quer terapêutica, o estabelecimento de um diagnóstico diferencial é uma etapa que não deve ser subestimada. O diagnóstico assenta no exame clínico e psicométrico aprofundado, particularmente sobre a evolução das capacidades de atenção e memória, linguagem, praxias, gnosis e funções executivas. Os resultados psicométricos assim obtidos só terão significado se forem confrontados com a alegada sintomatologia clínica.

Steinbach, G.; pp. 23-28 – *Lutos patológicos – análise clínica e reflexão médico-legal*

Para além do luto normal podem existir, sobretudo quando o falecido era jovem e morreu de forma brutal, perturbações psicopatológicas por vezes escondidas nos que lhe eram próximos ou que foram testemunhas do drama.

Este sofrimento traduz-se por uma semiologia bem específica que nunca é revelada aquando de uma peritagem e que é preciso saber procurar e descobrir.

Por vezes estas perturbações levam a um verdadeiro deficit funcional que é necessário descrever e qualificar.

Graber, S.; pp. 29-33 – *O estado depressivo pós-traumático em peritagem médico-legal*

Enquanto o estado depressivo não coloca problemas de maior ao nível do diagnóstico, já a sua etiologia pós-traumática deve ser claramente estabelecida.

Trata-se, com efeito, de saber se as circunstâncias decorrentes do acidente possam ter causado a depressão.

É portanto a relação causal que é o centro do problema e que é objecto de numerosas discussões em peritagem médico-legal.

Quando o factor causal é único, o diagnóstico parece simples mas a experiência é testemunha da raridade de tal situação.

Os critérios de imputabilidade médica são importantes mas insuficientes.

O estudo dos acontecimentos da vida contribui para a compreensão dos diferentes estados psicopatológicos e, particularmente, da depressão.

A influência do estado depressivo anterior ou endógeno deve igualmente ser tomada em conta pelo perito.

Desta forma o papel e o impacto real do traumatismo podem ser melhor compreendidos.

Hingray, Ph.; pp. 35-39 – *Reflexões sobre a terceira pessoa e projectos de vida*

A Lei de 11 de Fevereiro de 2005 para a igualdade de direitos e oportunidades, a participação e a cidadania de pessoas com handicaps, ao modificar a de 30 de Junho de 1975, deu uma definição legal do handicap e definiu um processo para orientar o projecto de vida da pessoa com handicap.

O segurador deve colaborar no desenvolvimento deste projecto de vida definido pela vítima ela própria e/ou por quem o rodeia.

A reparação indemnizatória corresponde aos encargos da indemnização e dos serviços.

Assistiremos, muito certamente, a uma evolução do papel do médico das seguradoras dado que este não poderá mais limitar-se a um papel de observador, mas deverá ser igualmente um interveniente no desenvolvimento do projecto de vida em curso.

Esta nova evolução não esconde a reflexão dos seguradores quanto a pôr em marcha soluções inovadoras, tendo como objectivo uma reinserção da qualidade da pessoa com handicap.

Elas integrarão as novas soluções que vão ser desenvolvidas proxima-mente, de acordo com a Lei Borloo de 26 de Julho de 2005, dado que os novos serviços para as pessoas abrangem também as pessoas com handicap.

A indemnização da pessoa com handicap não constitui senão um subconjunto do handicap no sentido lato, dado que este se reporta igualmente ao domínio mais vasto da dependência e da saúde.

É necessário imaginar formas de partilha e co-financiamento novos públicos/privados, permitindo corresponder às necessidades dos concidadãos e esta nova abordagem, se vier a ocorrer, deverá permitir a concretização de novos conceitos.

Fabre, H.; Daupleix, D.; pp. 41-49 – *O contraditório e a peritagem: um princípio incontornável*

Os autores, após recordarem o princípio fundamental do contraditório, propõem-se chamar a atenção sobre certos aspectos essenciais tais como:

- A comunicação das evidências,
- A discussão “contraditória” da opinião do perito durante a peritagem,
- Os aspectos particulares do contraditório a propósito do exame médico,
- A ausência de efeitos jurídicos da peritagem sobre as partes não “intimadas” (tribunal) ou “implicadas” (CRCI),
- O princípio do contraditório em peritagem – lei Badinter.

Bessieres-Roques, I.; Sulman, T.; pp. 51-60 – *Primeira abordagem da lei n.º 2005-102 de 11 de Fevereiro de 2005 para a igualdade dos direitos e oportunidades, a participação e a cidadania das pessoas com handicap e dos seus decretos de aplicação*

Trinta anos após a lei n.º75-534 de 30 de Junho de 1975 de orientação a favor das pessoas com handicap, o seu estatuto acaba de ser profundamente modificado pela lei n.º2005-102 de 11 de Fevereiro de 2005 para a igualdade dos direitos e oportunidades, a participação e a cidadania das pessoas com handicap. Esta lei pretende dar uma outra visão do handicap e da pessoa com handicap, inspirada nos trabalhos anglo-saxónicos sobre handicap situacional e a Classificação Internacional de Funcionamento do handicap. Ela articula-se em torno de três grandes eixos, garantir às pessoas com handicap a livre escolha do seu projecto de vida graças à compensação das consequências do seu handicap e a um subsídio vitalício, permitir uma participação efectiva das pessoas com handicap na vida social, colocar a pessoa com handicap no centro dos dispositivos que lhe dizem respeito com a criação de um departamento único: “a casa departamental”. Esta lei acompanha-se de um esforço financeiro importante por parte do Governo e de numerosas medidas concretas.

Resumos dos artigos publicados no vol.32, nº2, 2006

Guigue J.; pp. 81-90 – *A lei de 4 de Março de 2002: impacto em matéria de responsabilidade médica, seguros e peritagem*

O autor analisa o impacto da lei de 4 de Março de 2002 (lei Kouchner) em matéria de responsabilidade médica, sublinhando a sua importância face à instauração de novos procedimentos de indemnização de acidentes médicos e a urgência de acelerar a indemnização das vítimas de erros médicos, bem como dos que se encontram com handicaps, mesmo sem ter havido qualquer erro. São comentados os novos procedimentos instaurados por esta mesma lei.

Reverberi, M.; pp. 91-98 – *Acesso às informações pessoais de saúde (artigo L.1111-7) e segredo médico*

A lei de 4 de Março de 2002 reforça a confiança do paciente na relação que ele tem com o médico autorizando, apesar de tudo, o acesso do paciente, directamente ou por intermédio de um médico da sua escolha, às informações de saúde que lhe dizem respeito. Neste texto da lei, a noção de segredo médico é reafirmada. Este artigo relembra os fundamentos essenciais deste princípio.

Esta lei, relativa aos direitos do doente e à qualidade do sistema de saúde, tem impacto também na profissão de médico de seguradora. Facilita, notavelmente, a obtenção de informações médicas das pessoas, necessárias para avaliar o seu estado de saúde aquando da realização de um seguro ou à data de ocorrência um sinistro.

Laffolay, Ch.; pp. 99-103 – *Informar, ser informado...um dever, um direito*

Tratar pessoas exige a recolha do seu consentimento. A jurisprudência sempre velou pelo respeito desta obrigação de informação. A lei de 4 de Março de 2002 inscreveu no código de saúde pública o direito de ser informado, quer prévia quer posteriormente ao acto médico.

Gabriel, Ch.; pp. 105-111 – *Lei de 4 de Março de 2002: seguros e genética*

Quais são as questões levantadas pela utilização de informação genética pelas seguradoras, do ponto de vista ético mas também aos olhos do

técnico de seguros? É possível as seguradoras submeterem uma pessoa a um teste genético ou utilizar informações contidas num teste realizado anteriormente?

A lei de 4 de Março de 2002, relativa aos direitos dos doentes, impediu definitivamente tal procedimento, proibindo as seguradoras de ter conhecimento das características genéticas aquando da avaliação dos riscos a cobrir.

Hugues-Béjui, H.; pp. 113-118 – *A missão de peritagem direito comum 2006*

A comissão de trabalho moderada por Jean-Pierre Dintilhac, que apresentou o seu relatório em 2005, trouxe numerosas propostas, em particular uma nova nomenclatura dos tipos indemnizatórios.

A AREDOC adaptou a missão direito comum elaborada em 1994, tendo em conta as propostas relativas aos tipos de prejuízo.

O autor apresenta esta nova missão.

Derenne, J.-P.; pp. 119-121 – *A peritagem em pneumologia. Casos de doenças ligadas à exposição ao amianto*

O autor, depois de ter recordado os pontos mais importantes da peritagem em pneumologia, aborda o problema do amianto, assunto actualmente sensível e muito mediatizado, relembrando em traços largos as diferentes patologias às quais estão expostos os indivíduos em contacto com o amianto.

Dubec M.; Dionot T.; pp. 123-130 – *A peritagem psiquiátrica em direito comum*

Os autores escolheram a forma de diálogo, o primeiro sendo interrogado pelo segundo, para fazer o ponto da situação, através das suas experiências, dos problemas colocados pela peritagem psiquiátrica em direito comum.

Abordam as noções de evento traumático, de traumatismo psíquico e de estado de stress pós-traumático, de patologias consecutivas ao traumatismo tais como a depressão, definindo a diferença entre depressão e ansiedade, os distúrbios da personalidade, os distúrbios neuróticos e respondem às interrogações respeitantes à noção de psicose “revelada ou desencadeada” por um evento traumatizante.

A metodologia do exame psiquiátrico é de seguida desenvolvida: é necessário seguir um plano preciso no decurso de uma peritagem psiquiátrica?

Como saber se não existe um estado anterior psiquiátrico? A presença de uma prescrição de antidepressivos no dossier de uma vítima significa que ela apresentou ou apresenta um estado depressivo?

No capítulo sobre a avaliação médico-legal, numerosas questões práticas são abordadas. Citar-se-á em particular: é razoável e ficar frequentemente entre os limites propostos por tabelas indicativas, poder-se-á fugir a isso? A que tabelas se reportar? Como avaliar as reacções depressivas directamente geradas pelas sequelas e o sofrimento psíquico? Um estado anterior latente ou patente vem automaticamente em dedução das sequelas traumáticas observadas? Como apreciar a duração de uma incapacidade temporária total quando se trata exclusivamente de um evento traumático no plano psíquico? Para os peritos em geral que esperar face à opinião do psiquiatra? Que pensar da noção de sinistrose? Tantas respostas tão esperadas pelos peritos médicos.

Resumos dos artigos publicados no Vol. 32, nº3, 2006

Orst, G.; Quatrehomme, G.; pp. 171-179 - *Lesões meniscais. Estudo geral aplicado à reparação do dano corporal*

As lesões meniscais são muito frequentes e actualmente encontram-se perfeitamente estudadas pela RMN e artroscopia.

Após uma revisão anatomoclínica e nosológica das diferentes lesões meniscais, nomeadamente traumáticas e degenerativas, os autores relembram as modalidades cirúrgicas actuais que têm por princípio a economia meniscal, bem como os seus efeitos (complicações artroscópicas raras), que o perito médico deve conhecer.

Na presença de uma lesão meniscal, o perito tem por vezes dificuldades em estabelecer onexo causal com um traumatismo. A partir de bases fundamentadas na validade nosológica, os autores propõe uma metodologia de avaliação dessa imputabilidade, ilustrando com dois casos concretos.

Lechevallier, J.; pp. 181- 193 - *Os traumatismos do tornozelo na criança*

Os traumatismos do tornozelo na criança são dominados por lesões osteocartilaginosas, que são mais frequentes do que as lesões capsulo ligamentares nos adultos. Entre os traumatismos osteocartilaginosos, as lesões osteocondrais da articulação tibiotársica são uma excepção, enquanto que as lesões que implicam as cartilagens de crescimento da extremidade inferior da tibia e da extremidade inferior da fibula são sem dúvida as mais

frequentes. Estas lesões, apesar de fáceis de diagnosticar face ao grau de dor, à deformação clínica ou em virtude das imagens radiográficas serem muito menos evidentes e particularmente difíceis de identificar a nível do Rx, se não forem pesquisadas atentamente à luz dos elementos do exame clínico. O seu desconhecimento pode estar na origem de um erro terapêutico. Em particular, as lesões da camada germinativa da cartilagem de crescimento, quer sejam devidas ao próprio traumatismo em si ou ao acto terapêutico, podem ser responsáveis por deformações evolutivas tanto mais severas quanto mais jovem for a criança no momento do traumatismo. Longe de corrigir todos os defeitos residuais, o crescimento é por vezes responsável pelo agravamento progressivo. A análise atenta das películas radiográficas permite, muitas vezes, determinar precocemente (antes do fim do 1º ano pós-traumatismo) se a criança pode ser considerada curada ou se apresenta um risco potencial de agravamento.

Béjui-Hugues, J.; pp. 195-216 – *A prótese total da anca dolorosa*

A implantação protésica da anca é um método terapêutico fiável. Os objectivos da artroplastia da anca compreendem a ausência de dor, a mobilidade e estabilidade. O propósito de uma implantação protésica da anca é “marchar sem dor, sem bengala e sem coxear”.

Em 2006, após um período de 15 anos, 80% das artroplastias totais foram bem sucedidas. Em 15% dos casos persiste dor, qualificada como suportável, e em 5% dos casos, uma dor invalidante.

A persistência de dor após implantação protésica pode traduzir a falência no implante. O seu diagnóstico etiológico deve ser preciso. É fundamental para poder desenvolver um verdadeiro exame programado da prótese total da anca qualificada de dolorosa.

Toda a prótese total da anca dolorosa deve ser considerada como infectada até prova do contrário, o mesmo se aplica ao descolamento radiológico ou aquele que ocorre antes dos 10 anos, na ausência de factor potencial de descolamento.

Soumah, M.M.; Ndiaye, M.; Bah, H.; Mbaye, I.; Mbaye, F. K.; Sow, M.L.; pp. 217- 221 – *Sequelas das fracturas da diáfise femoral nas crianças*

O tratamento cirúrgico das fracturas da diáfise femoral da criança, não obstante as suas vantagens, dá lugar a sequelas. O objectivo do presente trabalho é avaliar as sequelas das fracturas diafisárias femorais em função do tipo de tratamento e os parâmetros de dano em relação com estas seque-

las. Trata-se de um estudo retrospectivo das perícias em avaliação do dano corporal efectuadas no serviço de medicina legal e medicina do trabalho da Universidade Cheikh Anta Diop, de 1988 a 2003. Este permitiu individualizar 21 crianças entre os 3 e 15 anos, que após acidente de viação apresentavam como lesão principal uma fractura da diáfise femoral. Quinze crianças eram do sexo masculino e seis do feminino, com um ratio sexual de 2,5. As vítimas apresentavam de uma a quatro lesões iniciais com uma média de 2 lesões (desvio padrão de 0,08). As lesões associadas tiveram uma distribuição desigual. Seis pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico e quinze a tratamento ortopédico, dos quais nove em regime ambulatorio. Vinte pacientes apresentavam sequelas após a consolidação. As sequelas por tipo de tratamento demonstraram as vantagens do tratamento cirúrgico por diminuição das sequelas físicas e funcionais. O *pretium doloris* aumenta com o tratamento cirúrgico e a hospitalização. O dano estético foi nulo nos casos de reparação cirúrgica.

Philopoulos, D.; pp. 223-231 – *Síndrome alto da cauda equina e síndrome do cone terminal: apreciação da taxa de incapacidade em direito comum*

Após uma revisão anatomofisiológica e clínica em que se aborda em particular o diagnóstico diferencial e o síndrome do cone terminal, assim como a etiologia do síndrome da cauda equina, o autor coloca em evidência as dificuldades na apreciação da sua taxa de incapacidade em direito comum. Insiste sobre o facto das tabelas se apoiarem sobre uma simples avaliação da lesão, o que não é uma tradução fiável do estado funcional.

É o caso particular do síndrome da cauda equina na sua forma alta, que pode ascender potencialmente a L2 (com uma semiologia muito próxima da do síndrome do cone), e do atingimento do cone terminal.

Rossetti, M.; pp. 233-240 – *A reparação do dano corporal na experiência jurídica italiana*

O autor apresenta-nos os princípios e modo de reparação do dano corporal em Itália.

Após relembrar os seus fundamentos baseados na equidade e visando uma reparação justa do prejuízo em função da sua importância (e sem duplas indemnizações), ele define as três características do “dano biológico”: indemnização independente do nível de rendimento da vítima, entrar em linha de conta com todos os prejuízos (incluindo estético e sexual) e a necessidade de um fundamento médico-legal para avaliação da sua veracidade.

O cálculo da indemnização assenta sobre os dois princípios seguintes: à igualdade de lesão igualdade de reparação, e a cada ponto de invalidez corresponde um valor monetário (crescimento exponencial com o aumento da invalidez e diminuição com a idade da vítima). O juiz tem sempre a possibilidade de ajustar a indemnização, atendendo às circunstâncias do caso em concreto: é a aplicação ao caso do montante resultante da aplicação do parâmetro standard.

Assim, em Itália a adopção da noção de “dano biológico” e do critério de cálculo por pontos permitiu alcançar resultados apreciáveis, não apenas em matéria de equidade, mas também da diminuição do contencioso judiciário, sobretudo por causa dos litígios em série, como aqueles consecutivos a acidentes de viação de pequena ou média importância. A possibilidade para as partes de prever com uma aproximação razoável a decisão do juiz sobre o montante indemnizatório, facilitou a conclusão das transacções, evitando o recurso à justiça e reduzindo o número de contenciosos. Além disso, a aprovação legal de uma tabela médico-legal obrigatória para a avaliação do dano pessoal tornou menos conflituosas as perícias extrajudiciárias e judiciárias.

Reuniões Científicas

Primeres Jornades d'Actualització en Psicologia Jurídica i Forense Baseada en la Evidència – 15 de Dezembro de 2006, Tarragona, Espanha

Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC)

Gran Via de les Corts Catalanes, 715A, 2n 1a – 08013 Barcelona, Espanha

Tel.: 0034 932.478.650

Fax: 0034 932.478.653

Email: copc.b@copc.es

Homepage: <http://psicondec.rediris.es/JORNADAS/COPC.htm>

VIII Corso di Qualificazione ed Aggiornamento in Medicina Assicurativa ed Oftalmologia Legale – 15 e 16 de Dezembro de 2006, Bolonha, Itália

IMPRONTE srl, Via Natisone, 18, 56122, Itália

Tel.: 0039 508.310.049

Fax: 0039 508.310.827

Email: info@improntesrl.it

Homepage: www.improntesrl.it

La causalité, l'imputabilité, les critères, le rapport à la preuve – 13 de Janeiro de 2007, Paris, França

MCI, 24, rue Chaucant, 75009 Paris, France

Tel.: 0033 153.858.276

Fax: 0033 153.858.283

Email: sfme2007reg@mci-group.com

II Congresso Argentino de Salud Mental – 22 a 24 de Março de 2007, Buenos Aires, Argentina

AASM Ayacucho 234, Ciudad de Buenos Aires, Republica Argentina

Tel.: 054 11 4952-8930

E-mail: administracion@aasm.org.ar

Homepage: <http://www.aasm.org.ar>

43ème Congrès National de la FFAMCE – Retentissement Professionnel du Dommage Corporel: Evaluation Médico-Légale – 22 a 24 de Março de 2007, Nice, França

Voyages Contours, à l'attention de Danielle Costa, 2, av. des phocéens, 06300 Nice, France
Tel.: 0033 493.621.031
Fax: 0033 493.622.857
E-mail: voyages.contours@wanadoo.fr

6TH Annual Conference on European Tort Law, 12 a 14 de Abril de 2007, Viena, Áustria

European Centre of Tort and Insurance Law & Research Unit for European Tort Law Landesgerichtsstrasse 11, 1080 Vienna, Austria
FAX: (+43-1) 40127-1685
E-mail: ectil@ectil.org
Homepage: www.ectil.org

Research Unit for European Tort Law
Landesgerichtsstrasse 11, 1080 Vienna, Austria
Tel.: (+43-1) 40127-1687 | Fax: (+43-1) 40127-1685
E-mail: etl@oeaw.ac.at
Homepage: www.etl.oeaw.ac.at

Reuniones Científicas: Incapacidades Sucesivas – Método de Gabrielli – 2 de Maio de 2007, Buenos Aires, Argentina

Secretaría: French 2380 - 10º B – Capital Federal – Buenos Aires, Argentina
Tel.: (011) 4825-7776
E-mail: aavmdc@2vias.com.ar
Homepage: www.aavmdc.org

XVI Congresso Nazionale Associazione M. Gioia – 25 e 26 de Maio de 2007, Pisa, Itália

IMPRONTE srl - Via Natisone, 18 – 56122 Pisa – Itália
Tel.: 050/8310049 – 050/8312083 Fax 050/8310827
E-mail: info@improntesrl.it
Homepage: www.improntesrl.it

Seminário sobre Avaliação do Dano Corporal em Portugal: Situação Actual – 2 de Junho de 2007, Coimbra

Instituto Nacional de Medicina Legal – Largo da Sé Nova – 3000-213 Coimbra
Tel.: +351 239 854 242
Fax: +351 239 820 549
E-mail: arebelo@inml.mj.pt

III Congresso Ibérico de Medicina Legal / V Congresso Latino-Americano de Direito Médico – 21 a 23 de Junho de 2007, Porto, Portugal

Instituto Nacional de Medicina Legal, Largo da Sé Nova, 3000-213 Coimbra.

Tel.: +351 239 854220

Fax: +351 239 836470

E-mail: correio@inml.mj.pt

III Mediterranean Academy of Forensic Sciences Congress – 21 a 23 de Junho de 2007, Porto

National Institute of Legal Medicine – Portugal, Largo da Sé Nova, 3000-213 Coimbra.

Tel.: +351 239 854220

Fax: +351 239 836470

E-mail: mafscongress2007@gmail.com

Université Européenne d'été: Droit de la Santé et éthique Biomédicale – 4 a 7 de Julho de 2007, Toulouse, França

Secrétariat pédagogique, Laurianne Mendonça

E-mail: ueedroitsante@hotmail.fr

IV International Scientific Conference – Serial Murders and Social Aggression – 18 a 21 de Setembro de 2007, Rostov-On-Don, Rússia

Victor Soldatkin, MD, PhD, 40/128 Voroshilovsky pr., 344010 Rostov-On-Don Russia

Tel.: +7-863-267-4815

Fax: +7-863-267-3867

E-mail: bux@jeo.ru

1º Curso de Introdução às Ciências Médico-Legais e Forenses para Jornalistas – 21 e 22 de Setembro de 2007, Coimbra, Portugal

Instituto Nacional de Medicina Legal – Largo da Sé Nova – 3000-213 Coimbra

Tel.: +351 239 854 242

Fax: +351 239 820 549

E-mail: arebelo@inml.mj.pt

1º Congresso SIOLA Responsabilità Professionale in Odontoiatria – 5 a 6 de Outubro de 2007, Riccione, Itália

SIOLA Società Italiana di Odontoiatria Legale e Assicurativa – Segreteria Organizzativa: Via Natisone 18 – 56122 Pisa – Itália

Tel.: 050/8312194- – 050/8310049

Fax: 050/8310827

E-mail: info@siola.eu

Homepage: www.siola.eu

V Congreso Iberoamericano de Derecho Médico – 11, 12 e 13 de Outubro de 2007, Córdoba, Argentina

Universidad Católica, Obispo Trejo 322 de Córdoba – Argentina

E-mail: derechomedico2007@yahoo.com.ar

<http://usuarios.advance.com.ar/perito/congreso-DM/index-congreso.htm>

6^{ème} Journée d'Étude Assureurs-Médecins: l'Expertise Médicale, une Spécialité en mouvement – 19 de Outubro de 2007, Paris, França

Mme Nouria YOUSFI – AREDOC – 1, rue Jules Lefebvre – 75431 PARIS CEDEX 09 – França

Tél.: +33-1 53 21 50 72

Fax: +33-1 53 21 50 76

E-mail: nouria.yousfi@aredoc.com

homepage: www.aredoc.com

6º Congresso Nacional de Medicina Legal – 9 e 10 de Novembro de 2007, Guimarães, Portugal

Instituto Nacional de Medicina Legal – Largo da Sé Nova – 3000-213 Coimbra

Tel.: +351 239 854 242

Fax: +351 239 820 549

E-mail: arebelo@inml.mj.pt

14TH International Conference – Road Safety On Four Continents – 14 a 16 de Novembro de 2007, Bangkok, Thailand

Road Safety Conference 2007 VTI; Att. Kent Gustafson, Chairman

SE-581 95 Linköping, Sweden

Tel.: + 46 13 20 43 19; Fax: +46 13 14 14 36

E-mail: RS4C@vti.se

Homepage: www.vti.se/templates/Page____3566.aspx

O Papel dos Profissionais, da Comunidade e das Famílias na Prevenção do Abuso e Negligência de Crianças e no Processo de Recovery – 18 a 21 de Novembro de 2007, Lisboa, Portugal

Homepage: www.ispcan.org/euroconf2007

VI Congreso Latinoamericano de Derecho Médico – 26 a 28 de Junho de 2008, Quito, Equador

Dr. Marcelo Jácome S. – Apartado Postal 17-16-17 – Quito - Ecuador

Tel.: (593) 2 2 260 826; (593) 2 2 430 875

Fax: (593) 2 2 546 803)

E-mail: mjacome@punto.net.ec

17th World Congress on Medical Law – 17 a 21 de Outubro de 2008, Pequim, China

Info: Prof. Wu Chongqi – 9 Dong Dan San Tiao, 100730 Beijing China

E-mail: E-mail: wuchongqi@2008wcml.com

Homepage: www.2008wcml.com

XXI Congress of the International Academy of Legal Medicine – Maio de 2009, Lisboa, Portugal

National Institute of Legal Medicine – Portugal, Largo da Sé Nova, 3000-213 Coimbra.

Tel.: +351 239 854220

Fax: +351 239 836470

E-mail: ialmcongress2009@gmail.com

Seminário sobre Tabelas de Avaliação do Dano Corporal

Por iniciativa da APADAC e da Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal e com a colaboração da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e do Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, realizou-se no dia 8 de Abril de 2006, em Coimbra, no anfiteatro de Anatomia Normal, um Seminário dedicado ao tema *Tabelas de Avaliação do Dano Corporal*.

Foi frequentado por cerca de 200 auditores, profissionais ligados quer à avaliação do dano corporal, quer à actividade seguradora, bem como por juristas. Os diferentes temas foram tratados por juristas, seguradores e destacados especialistas em avaliação do dano corporal.

Seminário sobre Avaliação do Dano Corporal no âmbito da Segurança Social

Em 1 de Julho de 2006, a Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal e a APADAC promoveram um seminário sobre um tema que se impõe, pela sua importância e actualidade, no âmbito da actividade pericial em geral e, concretamente, no da avaliação de incapacidades na Segurança Social – *Avaliação do Dano Corporal no âmbito da Segurança Social*. Colaboraram nesta organização, que decorreu em Coimbra, a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e o Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal. A apresentação dos temas esteve a cargo de reputados especialistas neste tema. O evento contou com a presença de cerca de 180 participantes.

VI Congresso Luso-Espanhol de Avaliação do Dano Corporal e 3.º Congresso Italo-Luso-Hispânico de Traumatologia Rodoviária

Com o patrocínio científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e do Instituto Nacional de Medicina Legal e com a colaboração Centro de Estudos de

Pós-Graduação em Medicina Legal, tiveram lugar, nos dias 7, 8 e 9 de Setembro de 2006, em Coimbra, no Auditório da Reitoria, o VI CONGRESSO LUSO-ESPANHOL DE AVALIAÇÃO DO CORPORAL e o 3.º CONGRESSO ITALO-LUSO-HISPÂNICO DE TRAUMATOLOGIA RODOVIÁRIA. O primeiro destes congressos é organizado cada dois anos em Portugal ou Espanha pela Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal e pela Sociedad Española de Valoración del Daño Corporal, tendo o primeiro ocorrido em Portugal em 1996.

O Congresso Italo-Luso-Hispânico de Traumatologia Rodoviária decorreu pela primeira vez em Portugal, pois os dois anteriormente realizados tiveram lugar em Bolonha (Itália), e foi ainda co-organizado pela Società Italiana di Traumatologia della Strada.

Participaram cerca de 200 auditores, profissionais ligados quer à actividade pericial, nomeadamente no âmbito da clínica médico-legal, quer juristas e seguradores.

Os diferentes temas foram tratados por destacados especialistas nacionais e estrangeiros.

Bases de Dados de Perfis de ADN com Fins Forenses

No dia 27 de Outubro de 2006 o Instituto Nacional de Medicina Legal, em colaboração com o Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, organizou um Seminário sobre BASES DE DADOS DE PERFIS DE ADN COM FINS FORENSES, que decorreu no Auditório da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

Além de relevância do tema, este Seminário contou com a participação de oradores dos mais importantes na matéria a nível mundial, o que suscitou naturalmente muito interesse a nível científico.

Estiveram presentes cerca de 230 inscritos, das diferentes áreas profissionais supostamente ligadas ao tema.

5.º Congresso Nacional de Medicina Legal

Nos dias 10 e 11 de Novembro de 2006, no Hotel Vila Galé Ericeira, decorreu o 5.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL.

Organizado pela Delegação de Lisboa e Departamento de Investigação, Formação e Documentação do Instituto Nacional de Medicina Legal em colaboração com o Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, contou com cerca de 250 inscritos e a apresentação de 75 comunicações livres.

Foram abordados pelos conferencistas convidados temas do maior interesse na actividade médico-legal, tais como o da violência, nos seus diferentes contextos, do suicídio, das bases de dados genéticos, das perícias médico-legais e ainda da formação e das novas tecnologias em Medicina Legal e Ciências Forenses, entre outros.

Lista dos Auditores com aproveitamento do X Curso de Pós-graduação em avaliação do dano corporal pós-traumático 2006

Ana Isabel Fontes Lopes (Lic. Direito)
VALONGO

Ana Maria Nunes de Oliveira Santos (Lic. Medicina)
FUNCHAL

Ana Maria Pires de Oliveira (Lic. Medicina)
OLIVEIRA DO BAIRRO

Ana Sofia da Costa Coelho (Lic. Medicina)
COIMBRA

Ana Teresa Inácio Duarte Inês (Lic. Medicina)
COIMBRA

Andrea Rodrigues Guimarães (Lic. Medicina)
PORTO

António Joaquim Pessanha de F. de Carvalho Melo (Lic. Medicina)
SÃO ROMÃO

António Maria Rodrigues Limas Almeida e Silva (Lic. Medicina)
SENHORA DA HORA

Bento José Rodrigues Ribeiro (Lic. Medicina)
BRAGA

Carlos Jorge Linhares da Estrela (Lic. Medicina)
PONTA DELGADA

Carlos Paralta Romariz Monteiro (Lic. Medicina)
TORRES VEDRAS

Carlos Filipe Chieira das Vinhas (Lic. Medicina)
FEBRES

Carlos Sousa Soares (Lic. Medicina)
ARCOZELO

Carolina Moutinho Peneda Morais Baptista (Lic. Medicina)
COIMBRA

Cristina Maria Esteves Milho (Lic. Medicina)
FEIJÓ

David Fernandes Luís (Lic. Medicina)
LISBOA

Fernanda Maria Marques Branco (Lic. Medicina)
LISBOA

Fernando Jorge Almeida da Silva (Lic. Medicina)
RIBEIRA BRAVA

Henrique José Marques da Cruz (Lic. Medicina)
FARO

Iolanda Eugénia Rodrigues Veiros (Lic. Medicina)
COIMBRA

Jacinta das Dores Nunes Ferreira de Castro (Lic. Medicina Dentária)
COIMBRA

João Francisco Dias Hagatong (Lic. Medicina)
LISBOA

João Manuel Andrade Martins (Lic. Medicina)
SINTRA

João Pedro de Andrade Corte Real (Lic. Medicina)
COIMBRA

José Alberto Laranjeira Branco (Lic. Medicina)
ESTORIL

José Manuel Almeida Leite (Lic. Medicina)
LEIRIA

José Maria Ribeiro Gaspar (Lic. Medicina)
LISBOA

Jovina do Socorro Tocantins Magro (Lic. Medicina)
SALREU

Julieta do Carmo Marques Gonçalves Gonçalves (Lic. Medicina)
SENHORA DA HORA

Manuel José Capelão (Lic. Medicina)
COIMBRA

Manuel Tadeu Correia Albuquerque (Lic. Medicina)
LISBOA

Marcelo Kolblinger de Godoy (Lic. Medicina)
FUNCHAL

Maria Adelaide M. Pires Capelão Santos (Lic. Medicina)
COIMBRA

Maria da Paz Nunes Ferreira (Lic. Medicina)
FUNCHAL

Oleksandr Saychuk (Lic. Medicina)
LISBOA

Paula Margarida Cordeiro Amaral (Lic. Medicina Dentária)
COIMBRA

Paulo Melo Marques (Lic. Medicina)
AVEIRO

Rui Manuel de Oliveira da Silva (Lic. Medicina)
OLIVEIRA DO BAIRRO

Susana da Conceição Santos
AVEIRO

