

CAPÍTULO 7

VALORACIÓN CIVIL DE LAS LESIONES OCULARES. VALORACIÓN DE LESIONES OCULARES EN EL BAREMO DE LA LEY 5/2025. LESIONES Y SECUELAS MÁS HABITUALES EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

José Antonio Menéndez de Lucas, María del Mar Schaufhausen Peláez



Diseñado por Freepik.

INTRODUCCIÓN

Dijimos en el capítulo 3 que la mayoría de las lesiones oculares postraumáticas se producían en los accidentes. Vimos en capítulos anteriores que en el estudio GENTO (1), estos accidentes pueden producirse en diferentes ámbitos: accidentes laborales, domésticos, en actividades de ocio, de tráfico o deportivos (Tabla 3.1) y que tan solo el 10% de las lesiones oculares postraumáticas se producen de forma intencionada, es decir, en el curso de agresiones. Algunos de estos accidentes tienen lugar en el ámbito privado, ya sea en el domicilio o mientras se realiza alguna actividad deportiva o de ocio, por lo que el lesionado ocular no percibirá ningún tipo de indemnización o compensación económica por el daño sufrido, pero en otros casos (accidentes laborales o de tráfico) siempre habrá una persona, mutua laboral o compañía de seguros que tendrá que responder civilmente del daño ocasionado y de las secuelas oculares producidas. Para poder fijar la cuantía de la indemnización por el daño sufrido deberá realizarse una valoración médica, en este caso oftalmológica, del alcance y repercusión funcional de las secuelas

sufridas, como hemos visto en el capítulo 4, al tratar el informe pericial en general, y en el capítulo 5 en el que se describen las características específicas del informe pericial oftalmológico. Remitimos al lector a estos capítulos para evitar reiteraciones.

En este capítulo nos centraremos en analizar la **responsabilidad civil derivada de accidentes**, que dan origen a una indemnización por el daño corporal producido a la que deberá hacer frente el responsable del accidente que, generalmente, se habrá producido en el ámbito del tráfico de vehículos a motor, ferroviario o aviación. Tampoco trataremos aquí la responsabilidad derivada de accidentes laborales, ya que hablaremos de ellos en el capítulo 8, relativo a las lesiones oculares en el ámbito laboral.

En todo caso, en el ámbito de los peritajes médicos relativos a la valoración del daño corporal consecutivo a accidentes que generan responsabilidad civil, hay que ajustarse a unos baremos que, en estos casos, tienen carácter vinculante para el tribunal que fija la indemnización.

El objetivo de este capítulo va a ser proporcionar al oftalmólogo los fundamentos médico-legales relativos a la valoración de esas lesiones y las consecuentes

secuelas oculares, según la legislación y los baremos vigentes en España, en concreto el baremo de la Ley 5/2025, de 24 de julio, por la que se modifican el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN OFTALMOLOGÍA

Concepto de valoración del daño corporal (VDC)

Toda **lesión corporal** derivada de un acto **doloso** (es decir, intencional, como por ejemplo una agresión) o **culposo** (es decir, accidental, del tipo que sea) da origen a una responsabilidad de la que nace la obligación de reparar el daño producido. Esta reparación del daño tiene como finalidad reintegrar al lesionado a la situación previa antes del accidente o la agresión. En aquellos casos en los que esto no es posible, habrá que compensar adecuadamente el daño producido mediante una indemnización económica (2).

Aunque en nuestro país, rige el principio de resarcimiento íntegro de todos los daños, coincidimos con Calabresi en que, en relación con el daño, *«la completa compensación es una ilusión»*, y aquellos que han sufrido un accidente de tráfico saben perfectamente que la indemnización económica recibida dista mucho de compensarles las penas sufridas como consecuencia del mismo.

La **valoración del daño corporal** (VDC) es una especialidad médica que se ha desarrollado de forma vertiginosa en España en los últimos treinta años, y que abarca todas aquellas actuaciones médicas de carácter pericial encaminadas a proporcionar al juzgador los argumentos científicos necesarios para poder cuantificar la repercusión anatómica y funcional de las lesiones producidas, con la finalidad de fijar una indemnización económica que trate de compensar el daño causado. Sin el asesoramiento de un perito médico de confianza, el magistrado no podría fijar una indemnización justa, por lo que la misión de este facultativo va a ser de capital importancia, colaborando a auxiliar a la Administración de Justicia.

Causa y concausa de las lesiones

En la medicina clínica o asistencial muchas veces no resulta imprescindible conocer la causa concreta de una enfermedad para poder curar al paciente.

En medicina legal, por el contrario, es fundamental determinar, con el máximo grado de certeza posible, el origen o causa del daño para poder exigir responsabilidades. Es decir, resulta esencial determinar la causa y establecer el nexo o **relación de causalidad** entre ésta y el resultado dañoso producido (lesión, enfermedad, secuela).

La aparición de un estado patológico o variación anatomofisiológica inmediatamente después del accidente, no significa necesariamente que sea consecutiva al mismo. A nadie se le ocurriría plantear que por el hecho de coincidir el inicio de un embarazo con la fecha de un accidente de tráfico, dicha gestación sea consecutiva a éste. Por el contrario, no resulta extraño encontrar lesionados mayores de cuarenta años que inician la presbicia o «vista cansada» y nos plantean que ellos leían perfectamente sin corrección, y que desde el accidente precisan unas gafas de cerca, luego *«algo tendrá que ver el accidente, ¿no le parece doctor?»*.

En algunas ocasiones la lesión que se atribuye al accidente o a la agresión, no es debida a una única causa. Pongamos el ejemplo de un desprendimiento del vítreo posterior (DVP) que ocurre a los pocos días de un zarandeo en una discusión de vecinos a un paciente miope de 63 años de edad. El lesionado empezó a notar foscenos e incremento de las miodesopsias en su ojo derecho a los dos o tres días de la agresión, acudió a urgencias y le diagnosticaron un DVP agudo en ese ojo. Resulta evidente que el lesionado ya tenía una sínquisis o degeneración vítrea por su edad y su miopía previamente a la agresión, y que un simple zarandeo no habría producido esa patología en una persona con un vítreo normal, pero también es cierto que el zarandeo del vecino ha sido el desencadenante del DVP agudo. El DVP podría haber tardado meses en manifestarse, de no haber sido por la agresión. En estos casos, que no son tan excepcionales en la práctica diaria, se produce una concurrencia de causas y en medicina legal hablamos de concausas. Se denomina **concausa** o causa concurrente, a aquella circunstancia que, conjuntamente con otras, es causa de un resultado. La concausa es una condición necesaria, pero no suficiente, para que se produzca ese efecto.

Las concausas pueden ser de tres tipos:

— **Concausas anteriores**, son las más habituales y, por lo tanto, las que más problemas suelen plantear en la práctica pericial diaria. Ocurre en aquellos casos en los que el lesionado tiene una predisposición patológica o menoscabo anatómico o funcional, ya sea

conocido o no, antes del accidente o la agresión, como en el ejemplo que hemos visto anteriormente; en el caso del DVP agudo que se desencadena por un simple zarandeo, en un paciente con degeneración vítrea predisponente. Estas concausas anteriores se denominan «**estado anterior**». Puede ocurrir que el traumatismo agrave el estado anterior (por ejemplo, una luxación del cristalino en un paciente con subluxación debido a una enfermedad de Marfan) o que el estado anterior agrave el efecto del traumatismo (un hemovítreo tras un latigazo cervical en un paciente con retinopatía diabética proliferativa).

— **Concausas simultáneas**, son aquellas que ocurren en el mismo momento del accidente, como, por ejemplo, una perforación ocular que se produce al romperse los cristales de las gafas tras un puñetazo. Probablemente si el lesionado no hubiera llevado gafas, no se habría producido la perforación.

— **Concausas posteriores**, son aquellas complicaciones sobrevenidas en el curso que siguen este tipo de lesiones. Pongamos como ejemplo una catarata desarrollada en un lesionado joven tras una vitrectomía posterior (VPP) que hubo que realizar para tratar un desprendimiento de retina postraumático. Esta catarata no se habría desarrollado si se hubiera tratado mediante cirugía extraescleral, en lugar de mediante una VPP.

Valoración médico legal del estado anterior

Es un principio fundamental en Derecho que el responsable del daño tiene la obligación de repararlo íntegramente, pero nada más que el daño producido. Este principio, aparentemente sencillo, puede plantear algunos problemas prácticos cuando el lesionado presenta un estado anterior.

Pongamos un ejemplo clásico en medicina legal, el **caso Parodi**: un lesionado pierde completamente la visión de un ojo como consecuencia de un traumatismo (un accidente o una agresión), pero previamente sufría una amaurosis en el ojo contralateral (Figura 7.1). ¿Deberá responder el causante del accidente o de la agresión por haberle dejado ciego o por haberle dejado tuerto?. La realidad es que el lesionado ha quedado ciego como consecuencia del accidente o la agresión, ya que hasta ese momento se desenvolvía perfectamente con visión monocular, pero, por otro lado, no parece justo que deba responder el causante del accidente o de la agresión por haberle dejado ciego, cuando tan solo le ha lesionado un ojo.



Diseñado por Freepik

Figura 7.1. Caso Parodi: valoración de la pérdida de visión de un ojo, en un paciente que previamente tenía amaurosis del ojo no lesionado, en las diferentes jurisdicciones.

Los juristas han resuelto este dilema de diferente forma según la jurisdicción en la que se plantee el pleito (3):

— En la **jurisdicción penal** resulta fundamental la intencionalidad del agresor. Habrá que averiguar si el agresor era conocedor de la circunstancia de que el lesionado no veía con uno de los ojos (por ejemplo, por ser familiar o conocido) y, siendo consciente de este déficit, le asestó el puñetazo en el ojo sano. Si el estado anterior no era conocido por el agresor, no se le podrán imputar las lesiones a título doloso (intencional) sino, en todo caso a título culposo (imprudente). Hasta hace unos años se consideraba como circunstancia atenuante no querer causar un mal de tanta gravedad como el producido (preterintencionalidad).

— En la **jurisdicción civil** esta cuestión se resuelve de una manera relativamente sencilla. Se descontará de la indemnización correspondiente a la situación actual del lesionado (ceguera bilateral) la cantidad correspondiente al estado anterior que padecía (amaurosis unilateral). Aplicando los valores que fija el baremo de responsabilidad civil en los accidentes de tráfico (Ley 5/2025), que veremos a continuación, restaríamos de la puntuación correspondiente a la ceguera (85 puntos), la que figura para la pérdida funcional de un ojo (25 puntos), por lo se fijaría en 60 puntos la indemnización que le correspondería en este caso.

En la **jurisdicción laboral**, debido a su carácter proteccionista hacia el trabajador, se considera el estado anterior también indemnizable. Así, se incluye como accidente laboral toda enfermedad preexistente que el accidente laboral haya agravado o sacado de su estado latente, así como las enfermedades intercurrentes y las dolencias adquiridas en el nuevo medio en el que el trabajador ha sido situado para su curación, en virtud del artículo 115 de la LGSS (Ley General de la Seguridad Social).

La relación de causalidad y los criterios para establecerla

Para poder considerar consecutiva una secuela a un traumatismo debe poder establecerse la **relación de causalidad** (causa-efecto) entre el traumatismo y la secuela.

Algunas veces, el objeto del pleito va a versar sobre si las lesiones que presenta el paciente han sido o no producidas por el accidente o la agresión, es decir, se ha de demostrar la relación de causalidad.

En Medicina Legal, se aplican los **criterios clásicos de Simonin** (3) para demostrar una posible relación de causalidad, que son:

1. La **naturaleza adecuada del traumatismo** para poder producir ese tipo de lesión. Así, por ejemplo, un latigazo cervical en una colisión por alcance posterior del vehículo nunca va a poder causar una perforación ocular. Se requiere un traumatismo directo para que se produzca este tipo de lesión.

2. Que la lesión **pueda tener etiología postraumática**. Por ejemplo, un orzuelo no se va a considerar secuela de una contusión ocular.

3. Que exista una **correlación topográfica** entre el traumatismo y la secuela. No es necesario que exista una coincidencia anatómica como en el caso de una úlcera corneal traumática que deja un leucoma, pero debe existir una relación topográfica (ej: un edema de Berlín por contragolpe en un puñetazo en un ojo).

4. Que haya **continuidad sintomática**. A veces, las secuelas no se producen inmediatamente después del traumatismo. Imaginemos el caso de un traumatismo que ocasiona un desgarro retiniano, que da lugar a foscenos y miodesopsias a los pocos días, el lesionado no va oftalmólogo y al mes pierde la visión por un desprendimiento de retina. Estos síntomas intermedios se denominan «síntomas puente», porque nos permiten establecer una probable relación de causalidad entre el traumatismo y el desprendimiento.

5. Que sea compatible con el **criterio cronológico**. Es decir, que exista un tiempo razonable entre el traumatismo y la aparición de la secuela. No podemos considerar un desprendimiento de retina consecutivo a una contusión ocular ocurrida cinco años antes.

6. Nos ayuda mucho a establecer la relación de causalidad **que exista integridad previa de zona**. Así, por ejemplo, siempre va a ser más fácil considerar postraumática una catarata en un joven de veintisiete años que ha recibido un puñetazo en un ojo, que en un paciente de setenta y cinco, que ya tenía un cierto grado de catarata senil. En aquellos casos en los que no tengamos informes previos del lesionado nos puede orientar muchas veces, con ciertas salvedades, el estado en el que se encuentra el ojo contralateral.

7. Es conveniente que **podamos excluir una causa externa**. Pongamos el caso de un lesionado que ha sufrido una contusión ocular en una agresión, pero que posteriormente se ha caído por unas escaleras, golpeándose en ese mismo ojo. Va a resultar muy complicado determinar qué secuelas postraumáticas son debidas al accidente y cuáles lo son a la agresión.

Valoración de lesiones y secuelas. El informe de sanidad

Desde el punto de vista jurídico, podemos definir la **lesión** como toda alteración en la salud física o psíquica o de la integridad corporal de una persona de la que deba responder otra (4). Nos centraremos aquí la valoración de las lesiones y secuelas oculares en los accidentes generadores de responsabilidad civil.

Hemos visto también que la persona encargada de fijar dicha indemnización habitualmente es un jurista que recurrirá a un asesor médico encargado de emitir un **informe pericial** en el que se describan las lesiones sufridas, el tratamiento seguido, el tiempo que han tardado en curar, si han quedado secuelas y la valoración de estas.

Puede ser que el lesionado, una vez finalizado el proceso curativo de las lesiones, vuelva a la misma situación en la que se encontraba antes del traumatismo ocular («*restitutio ad integrum*»), pero en muchas ocasiones, una vez agotados todos los recursos terapéuticos y rehabilitadores, quedan una serie de menoscabos anatómicos o funcionales, de carácter permanente o definitivo, susceptibles de determinación objetiva que se denominan «**secuelas**». El mo-

mento a partir del cual las lesiones producidas dejan de evolucionar favorablemente y se convierten en limitaciones de tipo permanente (secuelas) se denomina **estabilización lesional**, momento en el que se da el alta al lesionado: «alta por estabilización lesional con secuelas».

Al objeto de fijar la indemnización por los daños ocasionados, deberá intervenir un perito médico que realice el **informe de sanidad**. En este informe se describen las lesiones producidas, estableciendo la relación de causalidad entre estas y el accidente o la agresión sufrida, y se fijan los días que ha tardado el lesionado en curar, especificando cuántos de ellos han sido impositivos para las actividades habituales (equivalente a la baja laboral) y cuántos no impositivos. En el caso de que existan secuelas, deberán describirse y puntuarse, ajustándose al baremo correspondiente, que traduce la limitación anatómica o funcional en puntos, para que el tribunal pueda fijar la indemnización correspondiente.

VALORACIÓN DE LESIONES OCULARES EN EL BAREMO DE LA LEY 5/2025

El baremo de la Ley 5/2025, es el más utilizado en España y es de uso obligatorio en la valoración de la responsabilidad civil por daños corporales causados por vehículos a motor, ya que tiene carácter vinculante para el Juez que fije la indemnización del tiempo de curación y de las secuelas sufridas.

Como vimos en el capítulo 5, el perito médico que tiene realizar una valoración de lesiones consecutivas a un traumatismo ocular se enfrenta a una serie de dificultades específicas de las lesiones oftalmológicas (5), y una de ellas es el manejo de los baremos y concretamente de este.

El baremo contenido en la Ley 5/2025, de 24 de julio, por la que se modifican el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, coloquialmente denominado «*el baremo de tráfico*» (6), presenta una especial importancia en la valoración del daño corporal en España, no solo, como hemos visto, por su carácter vinculante para el juez a la hora de fijar las indemnizaciones por la responsabilidad civil derivada de accidentes de tráfico, sino también, porque se aplica, aunque con carácter orientativo, en la mayoría de los casos en los que hay que fijar una indemnización por lesiones (accidentes deportivos, laborales, responsabilidad penal por lesiones, e incluso lesiones consecutivas a negligencias médicas).

Principios y reglas de aplicación del baremo de la Ley 5/2025

El principio fundamental de este baremo es la **reparación íntegra del daño**, que tiene como finalidad asegurar la total indemnización por los daños y perjuicios ocasionados, teniendo en cuenta cualesquiera circunstancias personales, familiares, sociales y económicas, incluidas las que afectan a la pérdida de ingresos y de la capacidad para obtener ganancias, es decir, el **lucro cesante**. En el anexo de la Ley se encuentran las tablas que constituyen propiamente el baremo y que permiten fijar indemnizaciones por tres posibles **situaciones** consecutivas al accidente:

- Tabla 1 (indemnizaciones por fallecimiento).
- Tabla 2 (indemnizaciones por secuelas).
- Tabla 3 (indemnizaciones por incapacidad temporal, es decir, por los días de baja).

Como hacer Justicia no consiste en «*dar a todos lo mismo, sino a cada uno lo que le corresponde*», en cada una de estas tres tablas, existen tres **subsecciones**, en cada una de las tablas que hemos visto anteriormente (Fallecimiento, secuelas y días de curación):

- La subsección primera para calcular el perjuicio básico.
- La subsección segunda para calcular el perjuicio personal.
- La subsección tercera para calcular el perjuicio económico tanto por el daño emergente (los gastos ocasionados) como por el lucro cesante (lo que se ha dejado de ganar) como consecuencia de las tres situaciones indemnizables.

No vamos a tratar aquí la tabla 1, claramente fuera del contenido de este capítulo, pero sí veremos la tabla 2, donde se encuentra propiamente el baremo médico (Tabla 2.A.1) y el baremo económico (Tabla 2.A.2) donde se traducen los puntos de las secuelas en euros, en función de la edad del lesionado y de la cantidad total de puntos. De la tabla 3 tan solo hemos de indicar que contempla un perjuicio básico por día de curación (que actualmente, para el año 2025 estaría fijado en 38,10 euros/día), y un perjuicio particular moderado, en el caso de los días que hayan sido impositivos para la realización de las actividades habituales (66,04 euros/día), perjuicio grave en los días de estancia hospitalaria (95,26 euros/día), o muy grave en los de estancia en unidad de cuidados intensivos (127,01 euros/día). Estas cantidades se actualizan anualmente.

La Ley exige que tanto la determinación y puntuación de las secuelas, como el establecimiento de los

días de incapacidad temporal los realice un médico, siguiendo las **normas de aplicación del baremo**, entre las que destacamos:

- El perjuicio psicofísico, orgánico o sensorial de las secuelas se expresa en una puntuación que tiene un máximo de 100 puntos.

- El perjuicio estético se valora por separado en un capítulo especial, con un máximo de 50 puntos.

- La puntuación otorgada a cada secuela se hace siguiendo un criterio clínico, sin tener en cuenta la edad, el sexo, ni la repercusión sobre sus actividades habituales (ya que todas estas circunstancias se valoran en otros apartados).

- A cada secuela se le asigna una puntuación fija, o una puntuación dentro de una horquilla que fijen una puntuación mínima y otra máxima siguiendo criterios clínicos.

- Cada secuela se valora solamente una vez en cuanto al perjuicio orgánico, aunque se valore su repercusión estética de modo independiente.

- La puntuación de varias secuelas dentro de una misma articulación, miembro, aparato o sistema, nunca podrá superar la puntuación asignada a la pérdida anatómica o funcional de mismo. En el caso de secuelas oculares siempre habrá que tener en cuenta que la pérdida funcional de un ojo supone 25 puntos, y la ceguera 85 puntos.

- Las secuelas no incluidas en el baremo se valorarán por analogía a otras incluidas similares.

- Cuando existan varias secuelas en un mismo accidente (secuelas **concurrentes**), no se suman las puntuaciones correspondientes a cada una, sino que se combinan sus valores mediante una tabla de valores combinados.

- Se llaman secuelas **intercurrentes** a aquellas concurrentes, derivadas de un mismo accidente y que, afectando funciones comunes, producen por su influencia recíproca una agravación significativa de cada una de ellas. En estos casos se incrementa un 10% la indemnización resultante de combinar las puntuaciones de cada una.

- El perjuicio estético se valora de forma independiente del psicoorgánico, sin tener en cuenta la edad, ni el sexo, ni la profesión del lesionado. Se valorará tanto en su vertiente estática como dinámica.

Valoración se secuelas oculares con el baremo de la Ley 5/2025

En el anexo de la Ley 5/2025 se recogen una serie de tablas que permiten calcular la indemnización

en cada caso concreto. Dentro de estas tablas, la tabla 2.A.1, como ya hemos comentado, es el baremo médico propiamente dicho, en la que se recogen las secuelas con sus puntuaciones correspondientes. Esta tabla agrupa las secuelas de los diferentes sistemas y aparatos en diez capítulos, e incluye además un capítulo especial para valorar el daño estético. El apartado A del capítulo II trata de la valoración de las secuelas del sistema ocular (Tabla 7.1 y Tabla 7.2).

La versión del baremo de tráfico del año 2003 (Ley 34/2003) contenía una serie de errores e incorrecciones que en su momento criticamos constructivamente (7), y muchas de ellas han sido subsanadas en la versión actual (8). Esta, aclara definitivamente que la determinación de la agudeza visual debe hacerse **con la corrección** óptica adecuada, en caso de que se precise (en la versión anterior se decía lo contrario) y que, en aquellos lesionados que sufran un déficit previo de agudeza visual corregida en el ojo lesionado, la tasa de agravación será la diferencia entre el déficit actual y el preexistente. Se incluyen en este apartado una tabla A para calcular el déficit de agudeza visual de lejos en función del déficit ocasionado en cada uno de los dos ojos, y una tabla B para hacer lo mismo para visión de cerca. Teóricamente debería hacerse la media aritmética del déficit en visión de lejos en la tabla A con el déficit para la visión de cerca con la tabla B, pero en la práctica la tabla B es innecesaria, y por ello propusimos eliminarla, ya que el grado de visión de cerca siempre es equiparable al de la visión de lejos, una vez corregida la presbicia, en el caso de que la hubiera. Por otro lado, no existe actualmente una estandarización internacional para la medida de la agudeza visual de cerca. Podría tener una aplicación para valorar alteraciones postraumáticas de la acomodación, que conservarían intacta la agudeza visual de lejos, pero son casos excepcionales que no creo que justifiquen mantener la Tabla B.

Se contempla como secuela, en esta nueva versión del baremo, la **recesión angular** postraumática, que antes no estaba incluida. Otorga mayor puntuación cuando tiene una extensión mayor de 270°, ya que el riesgo de desarrollar glaucoma postraumático en el futuro es mayor. En estos casos, es imprescindible realizar una gonioscopia o una BMU (biomicroscopía ultrasónica) para poder determinar los grados de recesión angular que tiene el lesionado.

Actualmente se ha simplificado mucho la valoración de la **diplopia postraumática**, ya que se asigna una mayor puntuación, atendiendo a su mayor repercusión funcional. La diplopia es muy limitante en la mirada al frente (ppm o posición primaria de la

codigo	DESCRIPCIÓN DE LAS SECUELAS	PUNTUACIÓN ANATÓMICO FUNCIONAL
	CAPITULO II - ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS / CARA / CUELLO	
	A) SISTEMA OCULAR	
	Globo ocular	
02001	• Enucleación de un globo ocular	30
02002	• Enucleación de ambos globos oculares	90
02003	Agudeza visual: Pérdida de la agudeza visual (Ver tabla A y B)	1-85
	Nota: La determinación de la agudeza visual se realizará con corrección óptica, si precisa. Si el ojo afectado por el traumatismo tenía anteriormente algún déficit visual, la tasa de agravación será la diferencia entre el déficit actual y el preexistente.	
02004	• Pérdida de visión de un ojo	25
02005	• Ceguera	85

TABLA A. Agudeza visual: Visión de lejos													
AGUDEZA VISUAL	OJO DERECHO												
	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	Inferior a 1/20	Ceguera total
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	25
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	18	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
Inferior a 1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Ceguera total	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

TABLA B. Agudeza visual: Visión de cerca												
AGUDEZA VISUAL	OJO IZQUIERDO											
	P1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	<P20	0
P1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	38	40	42
P5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
<P20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
0	25	28	35	42	50	55	65	70	78	80	82	85

Tabla 7.1. Apartado A del Capítulo II, de la Tabla 2.A.1 del baremo de la Ley 5/2025, en donde se recogen las secuelas oculares más habituales con su puntuación correspondiente. Primera parte.

mirada) y en la mirada hacia abajo (infraversiones), ya que afecta a la lectura y a la deambulación por terrenos irregulares. Reviste menor trascendencia funcional cuando ocurre en los campos superiores

o laterales de la mirada, por lo que se le otorga menor puntuación (Tabla 7.2) y se valoran en un punto aquellos casos en los que la diplopia se limita a en posiciones extremas de la mirada.



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 178

Viernes 25 de julio de 2025

Sec. I. Pág. 99450

	Escotoma central:	
02006	• Unilateral	2-20
02007	• Bilateral	21-60
	Campo visual:	
	Nota: La afectación de la visión central en las lesiones que afectan al campo visual debe priorizarse respecto de aquellas que afectan a la visión periférica.	
02008	• Escotoma yuxtacentral o paracentral	2-15
	Hemianopsias	
02009	• Homónimas	20
	• Heterónimas:	
02010	◦ Nasal	25
02011	◦ Temporal	12
02012	• Quadrantanopsia	2-20
	Función oculo-motriz:	
	• Diplopía binocular postraumática que no se pueda resolver quirúrgicamente, ni con prismas:	
02013	◦ En posiciones extremas de la mirada.	1-2
02014	◦ En el campo lateral o superior de la mirada.	5-10
02015	◦ En la parte inferior del campo visual (afecta a la lectura y deambulación).	10-20
02016	◦ En posición primaria de la mirada (al mirar al frente) que obliga a ocluir un ojo.	20-25
	Polo anterior:	
	• Córnea:	
02017	◦ Leucoma. Valorar según afectación de la agudeza visual. (Ver tabla A)	
02018	◦ Erosión corneal recidivante	2
	• Iris:	
02019	◦ Alteraciones postraumáticas del iris, incluyendo recesiones angulares inferiores a 270°	1-5
02020	◦ Recesiones angulares superiores a 270° (se valora por su evolución futura a glaucoma)	15
	Polo posterior:	
02021	• Secuelas postraumáticas. (añadir pérdida de agudeza visual) (ver Tabla A)	2
	Cristalino:	
02022	• Catarata postraumática / facodonesis sin indicación quirúrgica. Valorar según trastorno de la agudeza visual y añadir 3 puntos (ver Tabla A)	
02023	• Pérdida del cristalino (afauquia) con o sin colocación de lente intraocular. Valorar según trastorno de la agudeza visual y añadir 5 puntos (ver Tabla A)	
02024	• Colocación de lente intraocular	5
	Anejos oculares:	
	Según tipo de afectación (entropion, ectropion, cicatrices viciosas, mal oclusión palpebral, ptosis, alteraciones de la secreción lacrimal)	
02025	◦ Unilateral	1-10
02026	◦ Bilateral	5-20
02027	Manifestaciones hiperestésicas o hipoestésicas periorbitarias	1-3

Tabla 7.2. Apartado A del Capítulo II, de la Tabla 2.A.1 del baremo de la Ley 5/2025, en donde se recogen las secuelas oculares más habituales con su puntuación correspondiente. Segunda parte.

Introduce esta nueva versión algunas secuelas típicamente postraumáticas que no figuraban en versiones anteriores, como la ECR (erosión corneal recidivante) o las secuelas postraumáticas del polo posterior, donde se podrían incluir lesionados que han sufrido un desgarro retiniano o un desprendimiento de retina postraumático y han sido fotocoagulados con láser o intervenidos mediante vitrectomía o cirugía extraescleral. En estos casos, además de la posible afectación de la AV (agudeza visual), hay que tener en cuenta que estos tratamientos ocasionan secuelas que deben ser valoradas. Dentro de estas secuelas postraumáticas del polo posterior incluiríamos el DVP (desprendimiento del vítreo posterior) postraumático, que es la secuela ocular más frecuente en los accidentes de tráfico (8), representando el 14 % del total.

VALORACIÓN DE LESIONES Y SECUELAS EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

La incidencia de lesiones oculares en los accidentes de tráfico (ATF) ha aumentado progresivamente en los últimos años. Los mecanismos de seguridad que incorporan actualmente los automóviles, concretamente los «air-bags» frontales, están contribuyendo de manera importante a este incremento, aunque debemos considerarlo como un inevitable tributo que tenemos que pagar frente a su indiscutible y demostrada eficacia en evitar la muerte de los ocupantes del vehículo cuando se produce un impacto frontal a alta velocidad. El uso del cinturón de seguridad ha demostrado ser el mecanismo más eficaz en la prevención de lesiones oculares en este tipo de accidentes (9).

Todo el que ha sufrido la desagradable experiencia de resultar lesionado en un accidente de tráfico, sabe perfectamente que nada nos puede compensar el daño sufrido como consecuencia de la distracción, imprudencia o negligencia de aquel en cuyo camino tuvimos la desgracia de cruzarnos, pero en un Estado de Derecho existen una serie de mecanismos jurídicos para exigirle que repare el daño causado. La finalidad de la responsabilidad penal es defender a la sociedad (retirada del permiso de conducir, multas,...), mientras que a través de la responsabilidad civil se intenta compensar al lesionado con una cantidad de dinero por el daño sufrido.

No resulta nada fácil fijar la cuantía de esta indemnización en cada caso concreto, por lo que pueden surgir discrepancias que deben resolver los

Tribunales de Justicia. Los daños materiales producidos son sencillos de evaluar por el Juez; sin embargo, la valoración de las secuelas físicas y psíquicas sufridas hace imprescindible el asesoramiento médico legal del magistrado.

Esta función pericial médica, que hasta hace poco tiempo realizaban de forma prácticamente exclusiva los médicos forenses, se ha ido desarrollando vertiginosamente en los últimos años hasta convertirse en una parcela con entidad propia dentro de la Medicina Legal y Forense, que se denomina Valoración del Daño Corporal (VDC). Actualmente participan en ella multitud de profesionales médicos: forenses, médicos de las compañías de seguros, expertos en valoración del daño corporal, especialistas en medicina legal, traumatólogos, neurólogos, oftalmólogos, etc... Consiste esencialmente en determinar las lesiones producidas en el accidente, el tiempo que ha tardado en curar el lesionado y las secuelas que le han quedado. Para realizar la valoración de estas secuelas habrá que encuadrarlas dentro de un baremo vinculante, que, como hemos visto es el de la *Ley 5/2025, de 24 de julio, por la que se modifican el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor*.

Hace unos años publicamos (10) una revisión de 127 casos de valoración pericial de lesiones y secuelas oculares en ATF. Estos informes fueron solicitados a la Sección de Oftalmología de la Clínica Médico Forense de Madrid, entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2006. El 51 % de la población fueron mujeres y el 49 % hombres. La edad media de los lesionados fue 40,41 años (DE 18,11 años), siendo la edad máxima de 82 años y la mínima 8 años. Estas periciales se vienen realizando previa solicitud de juzgados de la jurisdicción penal de Madrid y, más excepcionalmente, de los Juzgados Contenciosos o Civiles. Suelen ser casos de una cierta complejidad, derivados al especialista por el médico forense generalista del juzgado instructor.

En estos 127 informes revisados, hemos estudiado las siguientes **variables**:

- El número de informes sobre lesiones producidas por accidente de tráfico con relación al total de informes solicitados a la Sección de Oftalmología en estos cinco años.

- El tipo de lesión producida en el accidente de tráfico.

- La duración media de la baja.

- El tipo de secuelas oculares que se producen.

- La puntuación total media asignada a estas secuelas oculares.

La solicitud de pericias relativas a valoración de lesiones oculares por ATF, supusieron el 26 % del total de los informes solicitados a la Sección de Oftalmología del IML de Madrid.

Las lesiones originales producidas en el ATF y que han ocasionado las secuelas oculares por las que se reclama una indemnización, las representamos en la Figura 7.2. En la mayoría de los casos, son TCE (41%), contusiones oculares directas (39%), o esguinces cervicales (13%). En menor proporción se produce una lesión directa del párpado (5%) y hay algún caso (2%), en los que se reclama sin que se produzca lesión alguna durante el accidente.

Analizando el grupo más numeroso; el de los **TCE**, vimos que con frecuencia (37%) producen una lesión postraumática de la musculatura extraocular que se traduce en una diplopia, también pueden reducir la agudeza visual (25%), ocasionar lesiones campimétricas postraumáticas (12%) o desencadenar un desprendimiento del vítreo posterior (8%), pero encontramos además un porcentaje importante de casos (18%) en los que no existía secuela ocular, o existía, pero no había datos objetivos que nos permitieran relacionarla etiológicamente con el TCE sufrido en el accidente.

En el grupo de las lesiones oculares consecutivas a **esguinces cervicales**, encontramos que el porcentaje de casos en los que se reclama por una secuela inexistente o no relacionada con el accidente es aún mayor (41%). Cuando en un esguince cervical se produce una lesión ocular, en la mayoría de los casos (41 %) es un desprendimiento del vítreo posterior o se afecta un

músculo extraocular produciendo visión doble (12 %) y encontramos que en el 6 % de estos casos, se alega disminución de visión consecutiva al esguince.

En el grupo de lesiones oculares producidas por una **contusión ocular directa**, la secuela más habitual es una reducción de la agudeza visual. Ocurre en el 30% de los casos y en la mitad de estos la reducción es tan importante que la visión del lesionado es inferior a 0,10, por lo que se incluiría en el concepto de ceguera legal (14%). Se produce una diplopia postraumática en muchos de estos casos (20%), un desprendimiento del vítreo posterior (20%) o una lesión permanente del polo anterior (14%) y finalmente, hay otro grupo (16%), en el que no encontramos una secuela ocular que podamos relacionar de forma objetiva o razonable con el accidente de tráfico sufrido.

Pudimos analizar la **duración media de la baja** en el 73 % de los informes revisados. El periodo medio de duración de la baja por lesiones oculares es de 71 días improductivos. Se llaman días improductivos a lo que habitualmente entendemos como baja laboral, es decir, aquellos en los que el lesionado no pudo desempeñar su actividad laboral.

También hemos analizado las **secuelas oculares**. Entendemos como tal toda restricción anatómica o funcional de carácter permanente, es decir que persiste una vez agotado el tratamiento terapéutico y rehabilitador. Las hemos agrupado en ocho categorías, que representamos en la Tabla 7.3.

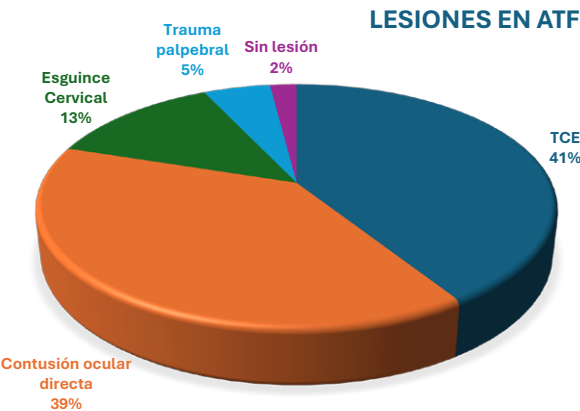


Figura 7.2. **Lesiones oculares en ATF:** la mayoría son lesiones de estructuras oculares producidas en TCE y en Contusiones oculares directas, en menor proporción en esguinces cervicales y una minoría en traumatismos del párpado. En un 2% no hay lesión alguna.

TABLA 7.3.	
Secuela	Porcentaje
Diplopia postraumática	22 %
Disminución de AV	22 %
No hay lesión objetiva	22 %
DVP postraumático	14 %
Escotomas	9 %
Secuelas corneales	7 %
Daño estético.	2 %
Secuelas del iris	2 %
Total	100

Tabla 7.3. Secuelas oculares más frecuentes en ATF. Las más frecuentes son las diplopías, las reducciones de la AV y los casos en los que no hay lesión objetiva evidente. La secuela más frecuente, de forma aislada es el DVP.

Los tres grupos más frecuentes son: las diplopias postraumáticas, los casos en los que se reduce la agudeza visual y los casos en los que no hay una secuela ocular objetiva, o la secuela alegada no guarda relación de causalidad con el accidente. Estos tres grupos comparten un porcentaje de incidencia del 22 %.

La secuela ocular más frecuente de los accidentes de tráfico, considerada de forma aislada, es el desprendimiento postraumático del vítreo posterior (DVP) que representa el 14% de los casos. En menor proporción se producen otras secuelas: escotomas postraumáticos (9%), secuelas corneales (erosión corneal recidivante, ojo seco postraumático,) en el 7%, o con menor frecuencia (2%) se produce un daño estético o una lesión definitiva del iris (midriasis o discoria postraumática).

En el 72 % de los informes revisados, se recogía la **puntuación total** por las secuelas oculares. La media de estas puntuaciones totales analizadas ha sido 14,71 puntos. Para hacernos una idea aproximada de la que sería una **indemnización media por secuelas oculares**, podemos considerar que 15 puntos en un lesionado de una edad de 40 años supondrían un cantidad de 19.083 euros, ya que el valor del punto para esa edad, conforme a la normativa vigente (11), es de 1.274,24 €/punto.

La mayoría de los trabajos publicados sobre traumatismos oculares están realizados en el ámbito asistencial y no forense. Los accidentes de tráfico ocasionan entre el 4 y el 12 % de todos los traumatismos oculares atendidos en un servicio de urgencias hospitalario (12,13,14). Dentro de los grandes traumatizados, la incidencia de lesiones oculares es baja, salvo que existan fracturas faciales, en cuyo caso esta incidencia se incrementa 6,7 veces, produciéndose en la mayoría de los casos como consecuencia de accidentes de tráfico y siendo pacientes jóvenes habitualmente (15).

En un estudio prospectivo realizado sobre 67 pacientes hospitalizados en el Athens University Eye Clinic entre septiembre de 1993 y diciembre de 1996, por graves lesiones producidas como consecuencia de ATF, destaca que una mínima proporción (5,3 %) de los lesionados que viajaban en automóviles llevaba puesto el cinturón de seguridad y ninguno de los motoristas usaba casco. Las lesiones consistieron habitualmente en perforaciones oculares por fragmentos de cristales. Las secuelas fueron importantes, ya que el 50% de estos lesionados quedaron con una agudeza visual inferior a 0,5. Concluye que, dado que los traumatismos oculares producidos en los ATF son una de las principales causas de pérdida o reducción importante de la visión, es necesario respetar

las normas de seguridad y endurecer las leyes reguladoras de la obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad. Nosotros encontramos menor proporción de lesionados con reducción importante de agudeza visual, tan solo el 22 %. Esta disparidad, podría explicarse por la menor gravedad de los lesionados en nuestra población, que no se limita a exclusivamente a pacientes hospitalizados.

Sólo hemos encontrado una publicación sobre lesiones oculares por accidentes de tráfico dentro del ámbito pericial forense (16). En este trabajo se compara el resultado de los potenciales visuales evocados (PVE) realizados en un grupo de 30 pacientes con secuelas oculares de accidentes de tráfico con otro grupo de igual número de pacientes, también con secuelas visuales, pero producidas por otras causas. En los que habían sufrido un ATF encuentran una proporción mucho más alta de TCE y de parexias postraumáticas de pares craneales, que de diplopias, neuropatías ópticas postraumáticas o fracturas orbitarias.

El dato que nos ha resultado más sorprendente en nuestra revisión ha sido el alto porcentaje de lesionados en los que **no hallamos lesión orgánica** que justifique las secuelas alegadas. Algunas veces, encontramos lesiones, pero no son consecuencia del accidente. Esta situación ocurre en el 41 % de los casos en el grupo de esguince cervical, en el 18 % de los TCE y en el 16 % de las contusiones oculares directas. Algunas veces, el lesionado puede creer honestamente, que sus molestias, al presentarse desde el mismo momento del accidente, guardan alguna relación etiopatogénica con este. Por el contrario, en otros casos, el lesionado inventa, exagera o atribuye secuelas al accidente siendo plenamente consciente de su falsedad, con lo que estaríamos ante un simulador (17). Remitimos al lector a los capítulos 12 y 13 de esta obra, en los que trataremos ampliamente el tema de la **simulación**, tanto en adultos como en niños. Aquí, tan solo aquí decir, que pericialmente, cuando no podemos establecer la relación causa efecto entre el accidente y la secuela el responsable del accidente no tendrá que indemnizarla. Trataremos en el capítulo 14 la **pérdida de visión funcional** y su valoración pericial, por lo que aquí tampoco nos extenderemos en este tema.

Es muy excepcional que un esguince cervical produzca secuelas visuales, sin que se produzca una contusión ocular directa, aunque existen casos publicados que demuestran que puede darse esta posibilidad. Andonegui Navarro y Prat Madrazo, publican en 2004 un caso de retinopatía postraumática bilate-

ral asociada a un síndrome de latigazo cervical (18). En este caso se consideró la hipótesis etiopatogénica vascular como la más probable. Según esta, las lesiones se produjeron como consecuencia de un aumento de la presión intravascular que rompe la barrera hematoretiniana. Esto se pudo evidenciar en las retinografías fluoresceínicas (AFG) realizadas al poco tiempo del accidente, como un moteado hiperfluorescente bilateral. La valoración pericial de estos casos es difícil y requiere tener en cuenta una serie de circunstancias como son: el aspecto morfológico de la lesión, la proximidad en el tiempo entre el accidente y las primeras molestias, la existencia de «síntomas puente», además de poder excluir otros posibles mecanismos de producción de las lesiones. También resulta de mucha utilidad poder documentar las lesiones mediante pruebas de imagen.

En el grupo de lesionados que sufrieron contusión ocular directa, como hemos visto, no es infrecuente encontrar lesionados que atribuyen el incremento de su miopía o la progresión de sus cataratas seniles a la uveítis postraumática que sufrieron tras el accidente y que curó sin secuelas objetivas.

La valoración pericial de este tipo de lesiones, se hacía mediante el baremo contenido en el anexo de la Ley 34/2003 (19), con carácter vinculante para la valoración de las secuelas producidas como consecuencia de accidentes de tráfico. Hace unos años, como dijimos *ut supra*, publicamos una crítica constructiva a este baremo (7), que introducía elementos en la valoración de las secuelas oculares que carecían de fundamento científico. Afortunadamente la mayoría de estos errores se han corregido en la versión actual del baremo (6), como publicamos tras su publicación (20), aunque sigue siendo complicada la valoración de estas secuelas para médicos valores generalistas.

BIBLIOGRAFÍA

1. León F, Taboada JF, Guimerá V, et al. Traumatismos oculares graves en España: Factores epidemiológicos, estudio de las lesiones y medidas de prevención. Barcelona: León; 1994. p. 12-27.
2. Menéndez JA: Concepto médico-legal de lesión y su valoración en el ámbito penal. En: Menéndez JA, Manual de Medicina Legal y Forense para estudiantes de Medicina. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2025. pp 88-97.
3. Oliveira De Sá, F.: Nexos de causalidade. En: Clínica médico-legal da reparacão do dano corporal em direito civil. APADAC, Coimbra, 1992; pp. 43-51.
4. Hernández Cueto, C. Valoración médica del daño corporal. En: Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y toxicología. 6ª ed. Elsevier Masson; 2004; 505-515.
5. Menéndez JA, Molina V, Luque F. Guía para valoración de lesiones oculares en la práctica forense. Cuad Med Forense 2014; 20(4): 191-200.
6. Ley 5/2025, de 24 de julio, por la que se modifican el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. BOE nº 178 de 25 de julio de 2025.
7. Menéndez JA. Crítica constructiva a las recientes modificaciones del baremo para la valoración de las secuelas de los accidentes de tráfico. Studium Ophthalmologicum. 2004; 1; 49-51.
8. Menéndez JA. Las secuelas oculares en el nuevo baremo de tráfico. Rev Esp Med Legal. 2015; 41(4): 149-152.
9. McGwin G, Owsley C. Risk factors for motor vehicle collision-related eye injuries. Arch Ophthalmol. 2005 Jan; 123(1): 89-95.
10. Menéndez, J. A., Pera, F. J., Morcillo, R. (2008). Valoración de las lesiones oculares producidas en los accidentes de tráfico. Cuadernos de medicina forense, (51), 25-33.
11. Resolución de 12 de marzo de 2025 de la Dirección General de Seguros y Fondos de pensiones por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del Sistema para Valoración de Daños y Perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. BOE núm 71 de 24 de marzo de 2025.
12. Karaman K, Gverovic-Antunica A, Rogosic V, Lakos-Krzelj V, Rozga A, Radocaj-Perko S. Epidemiology of adult eye injuries in Split-Dalmatian county. Croat Med J. 2004 Jun; 45(3): 304-9.
13. Woo JH, Sundar G. Eye injuries in Singapore—don't risk it. Do mere. A prospective study. Ann Acad Med Singapore. 2006 Oct; 35(10): 706-18.
14. Homziuk M, Luksza L. Eye injuries in outpatient clinic of Department of Ophthalmology Medical University Gdansk in 1992-1993 and 2002-2003 years. Klin Oczna. 2005; 107(4-6): 247-9.
15. Guly CM, Guly HR, Bouamra O, Gray rh, Lecky FE. Ocular injuries in patients with major trauma. Emerg Med J. 2006 Dec; 23(12): 915-7.
16. Wang X, Lui X, Wang Y. Analysis on forensic medical appraisals an VEP characteristic of ocular trauma caused by traffic accidents. Fa Yi Xue za zhi. 2000 May; 16(29): 96-8,128.
17. Esteban de Antonio M. La simulación en ergoftalmología. Madrid: Capta. 1986.
18. Andonegui Navarro J, Prat Madrazo M. Bilateral traumatic retinopathy associated to whiplash injury. Arch Soc Esp Oftalmol. 2004 Apr; 79 (4): 185-8.
19. Ley 34/2003 de 4 de noviembre de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados (Tabla VI). Madrid: Mapfre SA; 2004;
20. Menéndez de Lucas, José Antonio. «Las secuelas oculares en el nuevo baremo de tráfico.» Revista Española de Medicina Legal 41.4 (2015): 149-152.