

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN PROYECTO DE LEY SOBRE LA VALORACIÓN DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN

Se proponen las siguientes enmiendas a los artículos 36.3, 37.1, 95.2 y 96 del Proyecto de Ley así como a la Tabla 2.A.1 sobre la clasificación y valoración de las secuelas (Apartado primero, Capítulo I, Apartado B) así como a la Tabla referida a la “*Descripción de las secuelas*”, estas últimas, contenidas en el Anexo al Proyecto de Ley.

En color azul figura el contenido que debería modificarse a los artículos aludidos así como a la Tabla 2.A.1 y a la Tabla sobre “*Descripción de secuelas*”, en opinión del Consejo General de los Colegios Oficiales de Psicólogos:

- Eliminar del artículo 36. apartado 3º del Proyecto de Ley la expresión “*excepcionalmente*” quedando la redacción de la siguiente manera: “**Excepcionalmente**, los familiares de víctimas fallecidas mencionados en el artículo 62, así como los de grandes lesionados, tienen derecho a ser resarcidos por los gastos de tratamiento médico y psicológico que reciban durante un máximo de seis meses por las alteraciones psíquicas que, en su caso, les haya causado el accidente”.
- Modificar el artículo 37. apartado 1º del Proyecto de Ley sobre la “*Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración*” tal y como se expone a continuación: “*La determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante informe médico o de especialista en psicología clínica ajustado a las reglas de este sistema*”.
- Modificar el artículo 95, apartado 2º tal y como sigue: “*La determinación de las secuelas y de su gravedad e intensidad se realiza de acuerdo con el baremo médico y psicológico contenido en la tabla 2.A.1.*”.

- Modificar el artículo 96 del Proyecto de Ley tanto en la rúbrica "**Baremo médico y psicológico**" como en su apartado 1º: "*El baremo médico y psicológico contiene la relación de las secuelas que integran el perjuicio psicofísico permanente, con su clasificación, descripción y medición, y también incluye un capítulo especial dedica al perjuicio estético*".
- Modificar la denominación del apartado B, sustituyendo la de "PSIQUIATRÍA" por la de "**PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA**", como se especifica a continuación:

TABLA 2.A.1 BAREMO MÉDICO Y PSICOLÓGICO CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LAS SECUELAS
APARTADO PRIMERO: CLASIFICACIÓN DE SECUELAS ANATÓMICO-FUNCIONALES
CAPÍTULO I – SISTEMA NERVIOSO
<p>A) NEUROLOGÍA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular 2. Secuelas motoras y sensitivo motoras de origen periférico <ol style="list-style-type: none"> 2. 1. Nervios Craneales 2. 2. Miembro Superior 2. 3. Miembro Inferior 3. Trastornos Cognitivos y Daño Neuropsicológico 4. Secuelas Anatomo-Funcionales <p>B) PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos Neuróticos 2. Trastornos Permanentes del Humor 3. Agravaciones

- Modificar la Tabla sobre “*Descripción de las secuelas*”, habría que cambiar la denominación en el mismo sentido que en la anterior, bajo la rúbrica de “**PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA**” y se haga referencia igualmente a la intervención del psicólogo clínico quedando la redacción tal y como se incluye en el folio siguiente:

codigo	DESCRIPCIÓN DE LAS SECUELAS	PUNTUACIÓN ANATÓMICO FUNCIONAL
	4. Trastornos Anatomo-Funcionales	
	Pérdida de sustancia ósea:	
' 0-1152	• Que no requiera craneoplastia	1-5
" 01153	• Que requiera craneoplastia	6-15
01154	Fístulas osteodurales	1-10
01155	Síndromes extrapiramidales (valorar según alteraciones funcionales)	
01156	Derivación ventrículo-peritoneal, ventrículo-vascular (por hidrocefalia postraumática) según alteración funcional.	15-25
01157	Material de osteosíntesis cráneo	1-8
	B) PSIQUIATRÍA	
	1. Trastornos Neuróticos	
	Secuelas derivadas del estrés postraumático: Es indispensable que el cuadro clínico se produzca como consecuencia de un accidente de circulación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica en el que se hayan producido lesiones graves o mortales, y en el que la víctima se haya visto directamente involucrada.	
	Se requiere que haya existido diagnóstico, tratamiento y seguimiento por especialista en psiquiatría o psicología de forma continuada. Para su diagnóstico se deben cumplir los criterios del DSM-V o la CIE10 y sus correspondientes actualizaciones. Asimismo, para establecer la secuela se precisa, tras alcanzar la estabilización del cuadro ansiosofóbico, de un informe médico psiquiátrico o un informe psicológico de estado, con indicación de intensidad sintomática y la repercusión sobre su relación social.	
	Los criterios para la determinación de los grados de esta secuela se basarán en la periodicidad de los síntomas, y la gravedad de los mismos.	
01158	• Leve: Manifestaciones menores de forma esporádica.	1-2
01159	• Moderado: Fenómenos de evocación, evitación e hiperactivación frecuentes.	3-5
01160	• Grave: Síntomas recurrentes e invasivos de tipo intrusivo. Conductas de evitación sistemática, entrañando un síndrome fóbico severo. Estado de hipervigilancia en relación con los estímulos que recuerdan el trauma, pudiendo acompañarse de trastornos depresivos y disociativos. Presencia de ideación suicida.	6-15
01161	Otros trastornos neuróticos	1-5
	2. Trastornos Permanentes del Humor	
	En casos de graves lesiones postraumáticas con tratamientos complejos y de larga duración y con secuelas importantes, puede subsistir un estado psíquico permanente, consistente en alteraciones persistentes del humor. Se descartan en este apartado aquellos casos en los que hayan existido antecedentes de patología afectiva previa, que se valorarán como agravación de un estado previo.	
	Trastorno depresivo mayor crónico:	
01162	• Leve: El síndrome debe cumplir al menos cuatro criterios de los nueve descritos en el DSM-V o y tres de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico frecuente por especialista con terapéutica específica	4-10

01163	• Moderado: El síndrome debe cumplir al menos cinco criterios de los nueve descritos en el DSM-V o cuatro de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con necesidad de tratamiento específico con o sin hospitalización en centro psiquiátrico.	11-15
01164	• Grave: El síndrome debe cumplir al menos siete criterios de los nueve descritos en el DSM-V o cinco de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con tratamiento específico y hospitalización en centro psiquiátrico.	16-25
01165	Trastorno distímico: Precisa seguimiento médico o psicológico esporádico y tratamiento intermitente, según criterios DSM-V o CIE10	1-3
3. Agravaciones		
01166	Agravación o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia senil)	1-25
01167	Agravación o desestabilización de otros trastornos mentales	1-10

JUSTIFICACIÓN

Los psicólogos clínicos tienen reconocido en el ordenamiento jurídico español su plena capacidad para valorar y tratar los problemas de salud mental, competencia que es compartida con los médicos, como pasamos a detallar a continuación.

En principio hay que tener en cuenta la consideración que tienen los psicólogos como profesionales sanitarios, tal y como se deduce de la **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias**, con arreglo a su art.3.

La base de la meritada calificación de los psicólogos como profesionales sanitarios o de salud se encuentra en el **Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre**, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, en cuya Disposición adicional tercera reconoce que el psicólogo clínico hace "*diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico*". Dicha clasificación está avalada por la **de la Sala de lo contencioso-administrativo del Tribunal Supremo** que, en numerosos de sus pronunciamientos¹, confirma la capacidad del psicólogo clínico para realizar diagnósticos psicológicos, lo que por otra parte es de sentido común.

¹ Recursos números 48/1999 y 49/1999

Asimismo, el **Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios**, en su Anexo II establece las definiciones de centros, unidades asistenciales y establecimientos sanitarios. En el mismo se indica en el apartado referido a la “*Oferta Asistencial*” que comprende tanto la psiquiatría como la psicología clínica:

“U.69 Psiquiatría.

U.70 Psicología clínica.”.

Por último, en la Exposición de motivos de la **Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas**, señala que la transexualidad, considerada como un cambio de la identidad de género, ha sido ampliamente estudiada ya por la medicina y por la psicología. De este modo, la intervención de los psicólogos queda justificada, pues, tal y como dispone el artículo 4 de esta norma, la modificación de la mención del sexo se acordará una vez que la persona solicitante acredite “*que le ha sido diagnosticada disforia de género*” siendo que “*la acreditación del cumplimiento de este requisito se realizará mediante informe de médico o psicólogo clínico, colegiados en España o cuyos títulos hayan sido reconocidos u homologados en España*”. En consecuencia, queda totalmente acreditada la capacidad legal del psicólogo clínico para realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento.

Una vez aclarada la legalidad de las competencias sanitarias del psicólogo clínico, pasamos a plantear los problemas prácticos que supone la exclusión de estos profesionales de las labores de informe y tratamiento de las secuelas de carácter psíquico de las personas que han sufrido accidentes.

En España, según los datos de la Dirección General de Tráfico, en el año 2013 hubo en las vías interurbanas 37.297 accidentes con víctimas, con 1.230 fallecidos, 5.182 heridos graves y 51.320 heridos leves; y en el mismo año 2013 hubo en las vías urbanas 52.222 accidentes con víctimas, con 900 fallecidos, 7.174 heridos graves y 60.119 heridos leves. Por tanto estamos hablando de un número muy alto de personas

afectadas de manera directa, a las que hay que añadir sus familiares, pues su salud mental también puede verse afectada de manera muy grave.

Por tanto, restringir sólo a los médicos psiquiatras las tareas de informe y tratamiento de las secuelas psíquicas de las personas accidentadas y sus familiares, pone en peligro que se pueda prestar una atención suficiente a las mismas. Si hay más profesionales sanitarios, como los psicólogos clínicos, que pueden realizar también esta labor, es claro que en beneficio de los pacientes tiene que estar abierta esta posibilidad. En caso contrario las demoras en la atención, las listas de espera, y los costes asociados a este tipo de intervenciones se incrementarán, debido a la limitación de los profesionales implicados y el agravamiento de las patologías por darse una atención más tardía.

Además, hay que tener en cuenta que los psicólogos clínicos se encuentran sobradamente capacitados para facilitar tratamientos psicológicos, que están específicamente indicados para tratar los problemas de salud mental, estando demostrada su alta eficacia y eficiencia en la resolución de los siguientes trastornos:

- **Trastornos neuropsicológicos**
- **Trastornos neuróticos**
- **Trastornos del humor: Ciclotimia y Distimia**

Desde luego, bajo todo punto de vista, resulta absolutamente injustificable impedir que profesionales cualificados puedan prestar a las personas accidentadas los tratamientos sanitarios que necesitan. Y esto es lo que está sucediendo en el Proyecto de Ley, al excluir a los psicólogos clínicos en la tabla 2.A.1 del Anexo en su apartado primero, capítulo I, apartado B.

En consecuencia, tanto por razones legales como prácticas, para una mejor atención de las personas que sufren accidentes de circulación, resulta evidente que es necesaria una mejora del Proyecto de Ley, añadiendo que los psicólogos clínicos también realizan la valoración y tratamiento de las secuelas de salud mental que provocan los accidentes de circulación.