

El “Informe Médico Concluyente”

En la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. BOE» núm. 228, de 23 de septiembre de 2015, páginas 84473 a 84979, el artículo 135, Indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral, en su apartado 2, establece que “la secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal”.

NOTA- El presente texto se elabora a partir de notas, junto a otras de nueva redacción, tomadas del *Manual del Perito Médico* Editorial Bosch, Barcelona, 1991. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 2002

1.- ► El término “concluyente” se remite al adjetivo “concluye”, esto es “que no deja lugar para la duda o su discusión”. No obstante pretender llevar extremo tan tajante al ámbito médico es poco prudente e incompatible con su práctica, y lo es más todavía para la cuestión ahora tratada.

Por el contrario, en la disciplina de la ciencia médica, Informe Concluyente se remite al que se ultima con las *conclusiones*, en el sentido que sea. Pero el término “concluyente” en este ámbito no puede asimilarse al que “que no deja lugar para la duda o su discusión” puesto que la medicina no es un ciencia exacta.

Quizá para algunos el término “concluyente” puede significar más “palos en la ruedas” en todo cuanto se relaciona con las lesiones y secuelas derivadas de los hechos del tráfico que afectan a la región cervical, en especial por el mecanismo del latigazo cervical, y ante la resistencia que algunos muestran de admitir la realidad.

En su primera redacción el artículo 135, 2, decía: “la secuela que, excepcionalmente, derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal”. Posteriormente fue suprimido el término “excepcionalmente” quedando el 135,2 redactado como ahora se conoce (“la secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal”). Y es que no hay tal excepcionalidad cuando estudios epidemiológicos, con significación estadística, indican:

- Alrededor del 10% de todas las lesiones de latigazo cervical se convierten en lesiones a largo plazo en los choques traseros, y alrededor del 5% en los choques frontales. En Suecia, en los últimos años en torno al 60% de todas las lesiones de tráfico a largo plazo han sido lesiones en el cuello”. *Whiplash injuries - time to implement the knowledge?* Ted Olsson, Andrew Morris, Niklas Truedsson, Astrid Linder, Magda Les, Brian Fildes. Accident Research Centre, Monash University, Department of Machine and Vehicle Design, Chalmers University of Technology, SE 412 96 Göteborg, Sweden. 24.10.2014.
- “El latigazo cervical es la lesión más común en accidentes de vehículos de motor y una causa frecuente de discapacidad a largo plazo (Côté et al. 2001)”. (Ref.- WHIPLASH INJURIES. The Swedish Society of Medicine and the Whiplash Commission Medical Task Force. Stockholm, 2006.
- “Estudios de larga evolución demuestran que existe una discapacidad significativa por lesión sólo de los tejidos blandos cervicales y que no se relaciona con ningún litigio legal. Se han postulado varias causas como responsables de la persistencia de los síntomas tras un latigazo

cervical, pero **el más importante es el dolor crónico**. El dolor crónico tiene un origen multifactorial y puede ser generado por alteración de la musculatura cervical y del hombro, lesiones de las articulaciones interapofisarias (las más frecuentes son C2-C3 y C5-C6), lesiones discales, lesiones de los ligamentos cervicales, fracturas ocultas (en especial del complejo atlanto-axoideo), lesiones de las meninges o de los ligamentos meníngeos, neuralgia occipital, alteración de la articulación temporomandibular, migraña de la arteria basilar y/o disfunción cervicotorácica”. Ref. Traumatismo craneal leve y síndrome postconmocional. *Asociación de tce leve y latigazo cervical*. BASCUÑANA AMBRÓS H. *Rehabilitación* (Madrid) 2002; 36(6):333-345 32 H. BASCUÑANA AMBRÓS, M.ª L. C. LABI, I. VILLARREAL SALCEDO y A. SANTANA BÁEZ, *Jefe del Servicio de RHB Clínica MATT (Tarragona) y Coordinadora GECIP-u-TCE Barcelona. Eire County Medical Center. Buffalo, NY. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Neuropsicóloga MATT y GECIP-u-TCE*.

- **Hasta la fecha no hay un método de predicción evolutiva suficientemente fiable como para hacer un pronóstico de este tipo de lesiones**. Es pretensioso pronunciarse de otra forma. Las dificultades del problema persisten. Desde distintos sectores se continúan haciendo estudios con el fin evitar la alta tasa de cronicidad por las lesiones provocadas por latigazo cervical. Y para ello se propone una mejor gestión con el fin de identificar indicadores pronósticos que puedan ser de ayuda para la evaluación precoz. Así en trabajo recientemente publicado (*) los puntos clave con los que concluye dicho trabajo son: a) las manifestaciones agudas del latigazo cervical son heterogéneas, lo que sugiere el establecer un sistema de triage para llegar a un diagnóstico individualizado y tomar decisiones en consecuencia; b) **es urgente el manejo del dolor moderado o severo**; c) es necesaria la información, formación y rehabilitación física y psicológica pero no de forma arbitraria; d) se requiere una investigación adicional sobre los daños que tienen lugar en los tejidos blandos.). (*) *Toward Optimal Early Management After Whiplash Injury to Lessen the Rate of Transition to Chronicity*. (Hacia una gestión óptima y precoz de las lesiones por latigazo cervical con el fin de reducir su tasa de cronicidad). Ref. SPINE Volume 36, Number 25S, pp S335–S342, ©2011, Lippincott Williams & Wilkins).

- **Una cuestión básica que se elude: las complicaciones a largo plazo**. En efecto, el artículo al que se ha aludido, 135.1, al decir que “...se indemnizan como lesiones temporales” parece que se desentiende en este terreno de las complicaciones a largo plazo fuente de preocupación médica, con abundante literatura científica y en constante investigación. ... El texto esta redactado fundamentalmente partiendo de la **falsa premisa** y es que da a entender que este tipo de traumatismos no causan lesiones permanentes. Pero esto, por ejemplo, no responde al “espíritu” de la Clasificación de Québec, pues entiende: “nosotros consideramos que el estado ‘crónico’, o el comienzo de la cronicidad, como una constante clínica muy seria teniendo consecuencias serias en salud pública. Nosotros pensamos que **en todos los grados**, es extremadamente importante actuar para **prevenir la cronicidad**. Nosotros consideramos igualmente que **después de 45 días**, la presencia de molestias importantes y la incapacidad residual constituyen una **advertencia seria de cronicidad**, justificando intervenciones clínicas enérgicas y una consulta clínica interdisciplinar” (“**Grupo de Trabajo Québec**”, 1995 / TAEC, Sección 3, pág. 2, Trastornos Asociados al Esguince Cervical, Sección 3, pág. 2). En suma, como se ha indicado, “hasta la fecha no hay un método de predicción evolutiva suficientemente fiable como para hacer un pronóstico de este tipo de lesiones”.

2.- ► Las conclusiones se integran en la estructura clásica del Informe Médico (en cinco partes (*)) cuando se redacta como documento para su traslado al medio forense y surta efectos en el ámbito legal.

(*) 1) Preámbulo; 2) exposición de los hechos; 3) valoración de los hechos; 4) **conclusiones** 5) fórmula final. No obstante tal estructura ha sido criticada desde la experiencia del magistrado francés ROBERT BARROT, apuntando entre otras razones que de forma resumida ahora se exponen: a) pretende responder a cualquier tipo de misión, con independencia de cual haya sido la encomendada; b) entrafia repeticiones inútiles; c) el reparto de elementos es incoherente: se

encuentran entremezclados en una misma parte los hechos establecidos junto con fenómenos discutibles, las constataciones personales del perito y las emanadas de otras personas; y, lo más peligroso, c) *incita al jurista a la pereza, pues en lugar de tomar conocimiento de la integridad del informe, se contenta con leer las conclusiones, lo que no le permite comprender ni controlar las investigaciones y el itinerario intelectual del perito.*

Por ello frente a este modelo clásico, que según lo expuesto se ofrece como una fórmula genérica, predeterminada, lenta y “pesada”, BARROT propone que se ponga especial énfasis en responder punto por punto, esto es, de forma concreta, a los aspectos señalados en la misión que al perito se le haya encomendado, para lo cual estima que el informe se ha de dividir en dos partes esenciales: A) Búsqueda de las pruebas; B) Interpretación de las pruebas.

3.- ► La medicina, no es una ciencia exacta. No lo puede ser, ya que está íntimamente ligada a la condición humana, sumamente variable en atención a la individualidad del paciente. La anhelada pero también peligrosa fórmula de la “medicina matemática” supone una ligereza de juicio revestida de ignorancia e ingenuidad. Tal rigor cartesiano ha de desenvolverse en otro ámbito.

“Quiso la suerte que la biología y la medicina no fueran a parar a la categoría de las ciencias exactas” (K. BOGDÁNOV).

Otra cosa es que el facultativo se pronuncie desde *un razonable juicio médico*. Partiendo de esta premisa fundamental, está claro que en la elaboración del método probatorio toda actuación concluye con la fase de resultado.

El médico (cualquier médico) que por motivos de circunstancia y oportunidad tenga la misión de actuar en calidad de perito, en su cometido ha de aplicar su esfuerzo sobre una “cimentación” sólida, y a lo largo de tres momentos: a) fase de preparación; b) fase de interpretación; c) fase de resultado.

La realidad del paciente es sumamente sutil. Alcanzarla requiere una tarea laboriosa de deliberación interna por el médico, basada en la reflexión científica.

- En la **fase preparatoria** se ha de procurar una información sobre los hechos que sean de interés, pero sin quedar agotados en una mera percepción de los mismos, sino imprimiendo en su observaciones un verdadero espíritu indagatorio, comprobando cuantos factores pueden parecer en un principio más o menos ciertos, descartando aquellos. En el campo médico - en síntesis - la determinación de los síntomas y de los signos, distinguiendo lo esencial de lo secundario, lo patognomónico de lo general, estableciendo analogías y diferencias, es lo que permitirá, llegado el momento, decidir sobre el juicio diagnóstico que al explorador le merece la lesión, el proceso objeto de su estudio.

Si bien la exploración complementaria (técnica e instrumental) puede obtener datos objetivos de tal o cual síntoma, eso no quiere decir, ni mucho menos, que la exploración inmediata en la manera que recaba signos clínicos ha de quedar en segundo plano frente a lo que pudiera traducir el “aparataje” de apoyo al diagnóstico médico. Desconocer algo tan elemental atenta contra los fundamentos del ejercicio médico. Desde algunos sectores empresariales están muy empeñados en la utilización de “nuevos juguetitos” para verificar, por ejemplo, ciertos datos de la exploración funcional. Habrá casos en que efectivamente rindan su utilidad, pero no así cuando los resultados de la propia exploración clínica inmediata (aquello que el médico capta a través de los órganos de los sentidos) no ofrece duda. Por ejemplo la comprobación de los arcos de movimiento del cuello se hace con un simple goniómetro, sin necesidad de otro aparataje que aunque muy “vistoso” es caro y no aporta nada. .. El uso de la calculadora para una simple suma hace que algunos se vuelvan cada vez más tontos.... (“Biomecánica” empresarial, Valoración biomecánica del Síndrome del Latigazo Cervical. www.peritajemedicoforense.com, pendiente de publicarse)

No se olvide que “cuando los resultados de las pruebas de imagen y otros procedimientos de prueba no son consistentes en atención al el examen clínico, los hallazgos clínicos deberían tener mayor peso. *New York State Workers’ Compensation Board Proposed Medical Treatment Guidelines- Cervical Spine Injur.* Revised 01-19-10 **Cervical Spine Injury** Medical Treatment Guidelines© Proposed by the State of New York Department of Insurance to the Workers’ Compensation Board. /// El Estado de Nueva York publicó un documento sobre las Lesiones de la Columna Cervical donde se recogen unas directrices para su manejo).

LAIN ENTRALGO cuando se refiere a la “inferencia diagnóstica tradicional” la entiende como “el conocimiento **objetivante** de la realidad del enfermo y en la explicación científico natural de lo que objetivamente ve y oye el clínico”. A tal fin tal inferencia la ordena en cuatro tiempos: a) constatación del dato; b) selección del dato; c) inducción clínica; d) individualización del juicio diagnóstico.

- Resueltas las cuestiones previas, descartados los datos que en el proceso de selección hayan dado muestras de insuficiencia, incorporados los demás, se pasará a la **fase de interpretación**, comenzando por un razonamiento de inducción clínica (tercer tiempo propuesto por LAÍN) ascendiendo de lo particular a lo general en busca de una noción universal (abstracción), que el mismo autor formula en el siguiente ejemplo: “este síntoma particular de este cuadro clínico pertenece a la noción universal que es tal especie morbosa”.

Alcanzado este nivel intervendrá la discusión, planteándose posibles diagnósticos diferenciales o “método de cotejo entre las diferentes especies morbosas a que puede pertenecer el síntoma-piloto y el cuadro clínico que presenta el paciente, hasta encontrar la que de modo más completo y exacto se ajuste a él” (LAÍN).

Configurada esa imagen universal, establecido el proceso nosológico en tales términos, habrá que proyectarlo sobre la realidad del yo circunstancial que define a cada persona, lo cual a su vez no es otra cosa que exigirse un razonamiento deductivo que permite transportar lo abstracto a lo concreto (*determinación*) sin otra pretensión que individualizar el juicio diagnóstico (cuarto tiempo propuesto por LAÍN) o “referencia de la especie morbosa diagnóstica de la persona enferma” con la valoración médica correspondiente.

De esta forma el médico, convertido en perito, realiza un primer lugar un acercamiento a determinados fenómenos (* fase de preparación) pretendiendo su conocimiento y su existencia real, basándose en su observación y constatación, pero sin otra inquietud que de imprimir un carácter de certeza a sus percepciones (*perito percipiendi*). Será después, cuando recurra a diversas formas de razonamiento (* fase interpretativa), para explicar el valor y el alcance de los datos reunidos dentro del contexto de su hipótesis de trabajo, proceso intelectual que le conducirá a *apreciar*, estimando un juicio diagnóstico individual (*perito deduciendo*).

- Así se llega a la **fase de resultado**, “en el que confluyen observación, constatación y valoración” (SILVA MELERO) que culmina con el dictamen pericial emitido por el técnico, plasmado, por ejemplo, en el acto procesal de la declaración. O también “percepción, deducción o inducción y declaración técnica o dictamen pericial” (FONT SERRA).

4.- ► Los conceptos jurídicos indeterminados. En algunos foros se “lamentan” que el legislador no haya definido lo que para el caso es un “Informe Concluyente” pretendiendo incluso sembrar el desconcierto aludiendo, muy equivocadamente, a una *laguna legal*. No obstante el mismo legislador no puede arriesgarse en una práctica “funambulista” que además extravasaría su competencia, dadas las inherentes particularidades del ejercicio médico, y, por otra parte, cuestión tan técnica, más cercana a lo es un reglamento, se sale del orden parlamentario, apartándose de una equilibrada técnica legislativa.

Acatar el *iter* señalado permite al médico emitir un informe concluyente, basado en una objetividad dentro de los cauces razonables propios de su oficio, que tiene sus límites, tanto que no se puede desconocer la posibilidad de la duda, aunque sea pequeña. Pretender lo contrario se sitúa en una práctica inquisitorial, y otras perversidades que pretenden excluir cualquier método racional de prueba.

Decir que el Informe es concluyente no ha de llevar a la confusión de que técnicamente sea excluyente para la duda. Por la naturaleza del ejercicio médico en no pocos casos se dan situaciones como que el problema sometido a debate no permite una determinación precisa, aún después de una aguda interpretación.

Ya en el ámbito que le es propio, será el Juez quien en derecho tome la decisión, en esa “operación” intelectual que busca la correcta apreciación de los resultados de las de las pruebas judiciales (sana crítica) pudiendo considerar en su buena fe que el principio de la duda ha de resolverse a favor de la víctima. "Las razones de la afirmación son más importantes que la propia afirmación." (Tribunal Supremo New Jersey, 1962).

En consecuencia la expresión “Informe concluyente” habrá que dejarla en el ámbito de los “conceptos jurídicos indeterminados” (aplicable también a los “criterios de causalidad del mismo artículo” 135-1, algunos incluso médicamente poco acertados, lo que será objeto de un próximo desarrollo); esto es, “aquellos que expanden su poder de atracción desde un núcleo cierto o de certeza positiva hasta el límite o ámbito de lo que, con evidencia, no está incluido, dejando en el medio del halo del concepto la zona de duda” (ALVAREZ DE LA ROSA, remitiéndose a *Conceptos Jurídicos Indeterminados y discrecionalidad administrativa*, pág. 194, Editorial Civitas, Madrid, 1976).

O también como indica SAINZ MORENO de una forma muy plástica “zona donde no existe ya una certeza positiva y cuya determinación exige desplegar la idea nuclear del concepto”. Y añade el propio SAINZ “la indeterminación de los conceptos no tiene otro alcance que hacer posible la más exacta aplicación de la norma”.

En último término, hay que recordarlo e insistir una vez más. El control y la intervención judicial es esencial, cuyo criterio, en atención a la prueba practicada, servirá para fundamental su resolución, a partir de una entrega a un laborioso esfuerzo, en un ejercicio soberano e independiente, pero al mismo tiempo ligado a un compromiso consciente y responsable. Sobre esta base, y ahora en estos casos, se han de inspirar las resoluciones judiciales en un Estado de Derecho vinculado a un orden constitucional.

Más aún, esa “indeterminación” es deseable, a veces imprescindible, saludable, para el propio avance de la ciencia jurídica, que en su preocupación por su higiene y aseo permanente, no puede omitir dar cabida a la flexibilidad que el dinámico orden social exige para su avance.

Claro que los defensores de la *seguridad paralizante*, opuesta al riesgo creativo, se inquietan ante la mínima brisa de aire fresco que pueda perturbar la calma de quienes están anclados en los parques de dinosaurios vivientes.

24/ noviembre/ 2015
Miguel Rodríguez Jouvencel
e-mail: mrjouvencel@gmail.com