



El informe médico concluyente

Norberto Gallardo San Salvador

Médico Especialista en Medicina del Trabajo.
Médico Especialista en Medicina de Familia.
Perito Médico de Seguros

Antes de empezar a desmenuzar la composición que debe de tener un informe médico concluyente, vamos a centrar el tema y a hacer unas reflexiones sobre las modificaciones introducidas en la Ley 35/15, desde el punto de vista de la Valoración del Daño Corporal.

En primer lugar recordar que el artículo 135 de la nueva Ley, se refiere a la indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral, en los siguientes términos:

1.- *Los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor, y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica.*

Esto nos indica que las lesiones cervicales menores que se diagnostiquen por la manifestación del lesionado de la existencia de dolor y que no se puedan verificar con pruebas médicas complementarias, no podrán derivar en secuelas, sino que serán indemnizadas como lesiones temporales.

La manifestación del lesionado de la existencia de dolor va a existir siempre, pues en caso contrario se supone que no se han sufrido lesiones.

El problema viene cuando comprobamos que las pruebas médicas complementarias, generalmente no van a verificar lesión alguna a nivel cervical, y que lo que verdaderamente nos va a demostrar la existencia de una lesión es una completa y experimentada exploración clínica del lesionado, pero esta prueba que es la exploración clínica no está contemplada como requisito en este apartado.

Si repasamos las diferentes pruebas médicas complementarias existentes, comprobaremos su utilidad:

- **Exploraciones radiológicas:** Aportan escasa información en los traumatismos menores de la columna vertebral, siendo muy útiles para el diagnóstico de lesiones de mayor entidad (luxaciones, fracturas vertebrales, desplazamientos vertebrales, etc). Según las proyecciones que utilicemos (antero-posterior, lateral, laterales dinámicas u odontoides) nos dará información de la columna cervical, pero no esclarece prácticamente nada en los traumatismos menores de la columna vertebral, pues es ya conocido que desde el punto de vista médico, la existencia de una rectificación de la columna cervical o pérdida de la lordosis fisiológica, no significa más que existe una contractura muscular a dicho nivel que es la que mantiene dicha rectificación, no teniendo por que ser de origen postraumático, sino que normalmente es derivada de la actividad física y laboral de cada persona. Es la más utilizada de todas.
- **Ecografía:** Aporta información de los tejidos blandos cervicales, pero es de escasa utilidad en los traumatismos menores de la columna vertebral, por la débil especificidad de la prueba, siendo muy poco utilizada.
- **TAC:** es una prueba muy específica de lesiones óseas, pero de nula aportación en los traumatismos menores de la columna ver-



tebral. No suele utilizarse salvo para descartar patología ósea.

- **Resonancia magnética:** Es una prueba que nos da una gran información de todos los tejidos tanto blandos como óseos de la columna vertebral, pero que aporta escasa información en este tipo de traumatismos, porque los traumatismos menores de la columna vertebral no suelen producir lesiones visibles en una resonancia magnética, pues en ese caso ya no serían traumatismos menores, sino de mayor entidad. Es muy utilizada para descartar otro tipo de patologías y para comprobar la existencia de lesiones a nivel vertebral ante las continuas referencias de un lesionado de la existencia de dolor.
- **Electromiografía:** Es una prueba muy específica y objetiva para diagnosticar una afectación de una raíz nerviosa que produce una irradiación a miembros superiores



o inferiores (según el nivel de afectación), o una compresión medular, pero que no tiene utilidad en los traumatismos menores de la columna vertebral. Se utiliza para objetivar las sospechas de una afectación radicular o ante las constantes referencias de un lesionado en relación a la existencia de un dolor irradiado o de la existencia de unas parestesias en miembros superiores o inferiores.

- **Termografía:** Es una prueba diagnóstica muy poco específica, compleja de ejecución y de escasa implantación. Es muy poco utilizada.

Por tanto, como hemos comprobado, las pruebas médicas complementarias no son de utilidad en los traumatismos menores de la columna vertebral, o lo que es lo mismo cuando las pruebas médicas complementarias son positivas, muy probablemente no se trate de un traumatismo menor de la columna vertebral.

Siguiendo con la interpretación del artículo 135 de la Ley 35/15, nos viene a decir que la gran mayoría de los traumatismos menores de la columna vertebral, serán indemnizados como lesiones temporales, es decir como días de curación y sin secuelas, pues ya hemos visto anteriormente que van a ser lesiones diagnosticadas con manifestación de dolor por parte del lesionado únicamente.

La trascendencia de la exploración clínica del accidentado, que realmente sería la única prueba válida para diagnosticar una lesión a nivel de la columna vertebral no se contempla en este apartado, pero la estudiaremos más adelante, al hablar del informe médico.

En el punto 2 del artículo 135 se nos da otra visión de este asunto:

2.- La secuela que derive de un traumatismo cervical menor, se indemniza solo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal.

En el apartado 1 se indica que las lesiones que se diagnostiquen por las referencias dolorosas del lesionado, sin pruebas médicas complementarias, no se indemnizarán con secuelas, sino sólo con días de curación, pero en este apartado se nos dice que en un traumatismo menor de la columna cervical, para considerar la posibilidad de una secuela derivada del mismo, se debe de acreditar su existencia con un informe médico concluyente.

Informe médico concluyente

Antes de entrar a valorar la composición de un informe médico concluyente, nos tenemos que trasladar al inicio del proceso evolutivo que se desarrolla en un accidente, después de producirse el mismo con un mecanismo de producción determinado, es decir a la primera asistencia médica recibida, puesto que es ahí donde se diagnostica la lesión inicial, a partir de la cual se desarrolla todo el proceso evolutivo seguido.

En la primera asistencia médica recibida, normalmente en un servicio de urgencias hospitalario, radica una gran trascendencia legal futura de la repercusión del accidente sufrido, porque todo lo que se indica en el informe inicial de la primera asistencia médica recibida después de haber sufrido un accidente tendrá una importancia vital para sustentar la existencia del propio accidente y de las lesiones sufridas.

El problema lo tenemos cuando el profesional médico de un servicio de urgencias hospitalario no es consciente de dicha trascendencia jurídica de ese informe y por tanto de los actos que él realice. Para un médico de un servicio de urgencias hospitalario, un lesionado que ha pasado el filtro inicial hospitalario con el diagnóstico de una lesión tipo IV (gravidad de I a IV, siendo I la más grave que no admite demora y IV la menos grave, que puede ser demorable), que se queja de dolor cervical y que es catalogado como una lesión cervical, es un paciente que principalmente y salvo excepciones (siempre generalizar implica equivocarse) ha acudido a dicho servicio hospitalario porque precisa el informe médico de dicha asistencia para posteriormente poder justificar la propia existencia del accidente sufrido, así como de las lesiones iniciales y la relevancia de las mismas.

Es decir a este paciente le podemos llamar de “guante blanco” para el médico, pues es un paciente que precisa poca atención, ninguna dificultad diagnóstica, escasa exploración clínica y rápida resolución del proceso, pudiendo emplear con el paciente unos 15 minutos (dependiendo de que le soliciten pruebas diagnósticas radiológicas).

El paciente habrá estado en la sala de espera del servicio de urgencias hospitalaria unas 4 horas de espera de atención, porque tienen preferencia las patologías más graves, y porque normalmente estos servicios de urgencia hospitalarios, están saturados de personas solicitando asistencia, siendo estos pacientes una de las causas de esta masificación de estos servicios, pues no olvidemos que son pacientes que no suelen acudir una única y primera vez, sino que suelen reiterar las asistencias futuras, pasados unos días del accidente, para intentar demostrar la mala evolución seguida y la importancia de las lesiones padecidas. De hecho un lesionado que en la primera asistencia recibida no le solicitan exploraciones radiográficas, ante la levedad de las lesiones, y con buen criterio médico, suele volver al mismo servicio transcurridas 24-48 horas con síntomas de empeoramiento, viéndose el médico obligado a solicitarle dichas pruebas radiológicas, pues en caso contrario parece que la entidad de las lesiones sufridas es mucho menor.

El médico a este tipo de pacientes no le suele hacer una exploración clínica detallada, sino que simplemente se dedica a indicar la sintomatología referida, a realizar una muy simple exploración clínica y a no dedicarle ninguna atención al apartado de diagnóstico clínico, lo

cual se traduce en indicar en el informe los dolores que refiere el paciente, a indicar la existencia de las limitaciones funcionales que puedan existir (limitaciones de movilidad, dolor, contracturas musculares...) y a poner en el apartado de diagnóstico, el término de cervicalgia, esguince cervical, síndrome del latigazo cervical, contractura muscular, rectificación cervical, etc, e incluso vemos que se llega a indicar como diagnóstico el término “accidente de tráfico”.

El médico sabe que este paciente es uno de los muchos que hay que precisan de la consecución de este informe médico de asistencia, pues no olvidemos que el porcentaje de pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario, más que con la intención de “ser curados”, con la intención de la consecución de este informe, es muy alta, siendo esta una de las causas de la masificación que presentan dichos servicios (pacientes que tienen que justificar la existencia de un accidente, de una lesión, de una enfermedad, para posteriormente conseguir una indemnización, justificar una baja laboral, una inasistencia al trabajo, etc...).

El médico debería de dedicarle más atención a este tipo de pacientes, especialmente al apartado de la exploración clínica y al de diagnóstico, pues si por ejemplo a un paciente con un traumatismo cervical menor, que se diagnostica en base a la manifestación del lesionado de la existencia de dolor, le hace una buena exploración clínica y si esta es negativa, lo indica en el informe, e indica que no hay patología aguda, y en el apartado de diagnóstico indica correctamente la inexistencia de patología, en lugar de expresar en el informe la sintomatología referida por el paciente y colocar el término cervicalgia en el apartado de diagnóstico con solo escuchar la palabra accidente de tráfico, muy probablemente este paciente no acudiría a dicho servicio ni a los 2 días, ni a la semana ni al mes que es lo que suele pasar casi siempre, pues para poder justificar la existencia de un proceso evolutivo no olvidemos que el lesionado va a tratar de justificarlo con una serie de asistencias periódicas a los servicios de urgencias hospitalarios.

Es por tanto crucial el hecho de que el médico del servicio de urgencias, con las limitaciones que implica el no saber como ha sido el accidente sufrido (más que por la referencia del propio lesionado), explore adecuadamente al paciente y lo que es lo más importante, exprese en el informe el resultado de esa exploración, indicando claramente si observa patología aguda postraumática o nó y expresándolo asimis-

mo en el apartado de diagnóstico. Digo con la limitación de no conocer el mecanismo de producción del accidente, porque si el médico de estos servicios de urgencia pudiera conocer el mecanismo de producción del accidente (intensidad de colisión, como ha sido la colisión...) en muchas ocasiones podría indicar la inexistencia de lesiones, pues no es lo mismo recibir una colisión trasera a gran velocidad que recibir una colisión delantera por un vehículo que está saliendo de un aparcamiento marcha atrás, por estar aparcado en batería.

Lo ideal sería que el médico que atiende al lesionado en un servicio de urgencias hospitalario, conociese cómo ha sido el accidente, con qué intensidad, en qué posición estaba el lesionado, si estaba prevenido o estaba relajado, si estaba con la cabeza girada o mirando hacia atrás, si tiene antecedentes o patología previa, si llevaba el cinturón puesto o no, todos estos factores y muchos más son importantes a la hora de conocer las repercusiones de un accidente sobre una persona que lo sufre, pero la mayoría de ellas son desconocidas para el profesional que realiza la primera asistencia, y no solo eso, sino que la gran mayoría de las veces la única fuente de información que presenta el médico es el propio lesionado o sus acompañantes, y la información no es objetiva e incluso a veces no es cierta, por lo que el trabajo del profesional es más complicado de lo que a priori puede pensarse.

El diagnóstico tiene que ser consecuente con la exploración clínica realizada, no se puede poner una exploración clínica completamente normal, por ejemplo de una rodilla y en el apartado de diagnóstico indicar contusión de rodilla, o si tenemos una exploración normal de una columna cervical, no se puede indicar en el apartado de diagnóstico esguince cervical o cervicalgia postraumática, pues esto induce a errores en la valoración jurídica de estos términos.

Como hemos dicho anteriormente, no es consciente el médico de un servicio de urgencias hospitalario de la repercusión jurídica que tiene la hoja de papel que le entrega al lesionado al término de la asistencia y aunque en la formación que se le da a los médicos residentes de primer año antes de empezar a realizar guardias en los servicios de urgencias de un hospital, se han incluido nociones de estos temas, se debería de hacer más hincapié en todos estos apartados.

Todo lo referido para la primera asistencia médica, sirve igualmente para las asistencias

médicas posteriores que se puedan solicitar por parte de un lesionado, para poder justificar un proceso evolutivo de determinada duración.

Entramos ya a detallar los requisitos que debe de tener un informe médico concluyente.

Un informe médico concluyente debe de ser un informe que tenga conclusiones, y que estas conclusiones tengan sentido común y sean consecuentes con el accidente sufrido y las lesiones originadas.

Los requisitos para poder considerar a un informe médico como un informe médico concluyente, son las siguientes:

1.- Informe médico completo

Debe de ser un informe médico pericial adaptado a las normas para la valoración del daño corporal que figura en el capítulo II del título IV: Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Datos de filiación e identificación

Un informe médico completo es un informe que además de identificar al profesional que lo emite, debe de identificar a la persona de quien se emite, sus datos de filiación, edad, fecha de nacimiento, estado civil, número de hijos, número del documento nacional de identidad, domicilio, profesión y dedicación.

Objeto del informe

Debe de indicarse claramente el objeto del informe realizado, quien lo solicita y fundamentalmente con que propósito se realiza.

Fuentes del informe

Expresar qué documentación se ha dispuesto para realizar dicho informe y si se ha explorado al lesionado, en cuantas ocasiones y en qué fechas.

Mecanismo de producción del accidente

Indicar cómo se ha desarrollado el accidente y cuáles son las fuentes de dicha información (atestado de los agentes de seguridad, referencia del lesionado, declaración amistosa de accidente...), expresando cuantos datos sean relevantes para entender el mecanismo de producción del mismo.

Primera asistencia

Cuando se ha recibido la primera asistencia y en que servicio médico.

Diagnóstico inicial

Cuál es el diagnóstico inicial, aunque posteriormente se diagnostiquen otras lesiones que hayan pasado desapercibidas en la primera asistencia.

Tratamiento inicial

El tratamiento inicialmente recibido.

Evolución

Explicar cuál es el proceso evolutivo seguido, de asistencias médicas, pruebas diagnósticas realizadas, consultas con otros especialistas, revisiones y tratamientos prescritos.

Exploración clínica

Debemos de indicar cuántas ocasiones hemos reconocido al lesionado y en qué fechas, así como la exploración clínica tan exhaustiva como consideremos necesario.

Estado final

Al final del proceso evolutivo se llega a la curación *ad integrum* o a la aparición de secuelas.

La aparición de secuelas se determina cuando las posibilidades terapéuticas se han agotado y la mejoría de las lesiones es inapreciable, habiéndose estacionado el proceso evolutivo.

Se debe de explicar la procedencia de cada secuela que exista, su origen, sin olvidar que debe de ser explicada su existencia por lesiones iniciales que puedan justificar su posterior aparición, es decir de una lesión inicial y su posterior evolución.

Valoración del daño corporal

Debe de contemplar las secuelas existentes y su valoración de acuerdo al baremo de la nueva ley 35/2015, explicando la puntuación de cada una de ellas y los criterios seguidos para dicha puntuación.

Igualmente debe de contemplar la duración del proceso de curación, el perjuicio personal particular por pérdida temporal de calidad de

vida (perjuicio muy grave, grave, moderado y perjuicio personal básico), perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas, y cualquier otro perjuicio que presente, de los contemplados en la Ley 35/2015.

Al igual que en el apartado de las secuelas, en el perjuicio personal particular por pérdida temporal de calidad de vida, hay que explicar la duración contemplada de cada uno de dichos períodos.

Incluyo aquí una especial explicación de la diferencia que existe ente lo reflejado en el artículo 138, cuando se indica que “el impedimento psico-físico para llevar a cabo la actividad laboral o profesional se reconduce a uno de los tres grados precedentes”, refiriéndose al perjuicio personal muy grave, grave o moderado, lo cual nos indica que hay que valorar si las limitaciones psicofísicas que presenta el lesionado le impiden realizar su actividad laboral o no; y el segundo concepto es el de baja laboral, trámite administrativo que no siempre va unido a la permanencia en el tiempo de esas limitaciones psicofísicas en el lesionado, motivo por lo que habrá que desgranar ambos conceptos y explicarlos claramente, pues aunque en la teoría deberían de ir unidos ambos conceptos, en la práctica no ocurre así, pues hay numerosas causas por las que un médico de familia mantiene una baja laboral independientemente de las limitaciones funcionales que presente, siendo dichas causas no imputables al accidente en cuestión.

Estudio del nexo causal

Hay que valorar los criterios de causalidad, como son:

- **De exclusión:** Que no medie otra causa que justifique totalmente la patología.
- **Cronológico:** Que la sintomatología aparezca en tiempo medicamente explicable, y que se reciba la primera asistencia médica antes de las 72 horas del accidente.
- **Topográfico:** Existencia de relación entre la zona corporal afectada por el accidente y la lesión sufrida, salvo explicación patogénica en contrario.
- **De intensidad:** Adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y todas las variables que afecten a la probabilidad de su existencia.

- **De continuidad:** Existencia de un Proceso Evolutivo que justifique la evolución de las lesiones iniciales, hasta la estabilización o hasta la curación de las mismas.
- **De estado previo:** Que los antecedentes del lesionado y su estado previo no intervenga en el mecanismo de producción del accidente.

Surge aquí una duda de interpretación del artículo 135, pues este indica que los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación de la existencia de dolor por parte del lesionado y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como secuelas temporales siempre que cumplan con los 4 primeros criterios de causalidad expuestos anteriormente.

En el apartado 1 del artículo 135, se indica que los criterios de causalidad se aplicarán a los demás traumatismos menores de la columna vertebral, referidos en el baremo médico de secuelas.

La pregunta es si para el resto de secuelas del baremo se exige que cumplan con estos criterios de causalidad o como se dice textualmente en la Ley, solo es para las lesiones vertebrales menores.

La respuesta entiendo que debe de ser afirmativa, que sí es exigible al resto de secuelas, porque si recordamos, ya se exigía dentro de las normas del sentido común en la valoración de secuelas con los baremos de las anteriores leyes, en concreto de la Ley 30/95 y 34/2003. Si ya exigíamos su cumplimiento como parte de la justificación de la existencia de una secuela con estas leyes, cómo no se va a exigir en las secuelas de esta ley, que expresamente las indica para las lesiones de la columna vertebral.

Conclusiones

Siempre un informe médico pericial debe de terminar con unas conclusiones breves, fáciles de entender, concretas y claras, sin olvidar de poner la fecha del informe, e intentando que la extensión del informe sea lo más corta posible, pues cuanto más breve y concreto sea, invitará más a su lectura.

2.- Condiciones del médico que emite el informe

- El profesional que emite un informe médico pericial o informe médico concluyente

debe de tener una formación adecuada a la pericia realizada, que demuestre unos conocimientos teóricos y prácticos en la materia, habiéndose formado en Valoración del Daño Corporal.

- El profesional debe de tener un cierto prestigio dentro de la materia que se esté tratando, siendo en este caso en general dentro de la Valoración del Daño Corporal, y especialmente que no esté calificado como falta de rigor y de prestigio entre el resto de los profesionales.

Una vez que hemos visto en que consiste un informe médico concluyente, volvemos a la lectura e interpretación del artículo 135 de la Ley 35/2015, quedando por tanto que las lesiones menores de la columna vertebral que se manifiesten solo por las referencias de dolor por parte del lesionado, sin que se objetiven en pruebas diagnósticas, solo se podrán valorar como lesiones temporales, salvo que exista un informe médico concluyente que indique la posibilidad de la existencia de secuelas.

Yo me pregunto si es que los informes médicos que se presentaban hasta ahora no eran concluyentes, y la respuesta obligada es que entiendo que sí, que siempre ha habido y habrá buenos informes de buenos profesionales y malos informes de malos profesionales; que es lo que ha cambiado ahora para que se exijan informes médicos concluyentes, y lo que ha cambiado es un aumento de exigencia en el rigor de estos informes, puesto que los profesionales son los mismos los que hay en el 2016 que los que había en el 2015, lo que esta nueva Ley está “exigiendo” es que los informes médicos que se presenten (llamados concluyentes), no solo tengan un mínimo de calidad, sino que tengan un grado alto de excelencia, que estén hechos por profesionales con prestigio, es decir que tengan rigor, que cumplan con las normas y los requisitos indicados en la Ley 35/2015 y en definitiva que cualquier perito médico que estudie y compruebe uno de estos informes pueda decir que están bien realizados, independientemente de las opiniones que se evacuen en ellos.

Es aquí donde nuevamente hacemos especial atención en lo referido al inicio del artículo, cuando nos referíamos a la exploración clínica realizada, que es la “prueba” que se convierte en más importante a la hora de valorar estas lesiones, pues si tenemos solo la referencia de dolor por parte del lesionado y no tenemos

pruebas diagnósticas complementarias que puedan objetivar lesiones, solo nos queda la exploración clínica, donde hay que destacar que lo importante no es que sea una completísima exploración clínica por aparatos y maniobras exploratorias, sino que debe de ser una exploración clínica completa, que sea consecuente con las lesiones sufridas inicialmente y con las supuestamente diagnosticadas a posteriori, que sea congruente con el proceso evolutivo seguido y con el resultado de los tratamientos realizados, pues no parece de recibo que nos encontremos lesionados que después de realizar un tratamiento rehabilitador, estén con más sintomatología y con más limitaciones que al inicio del mismo, es decir que estén peor que antes, pues en estos casos los tratamientos son más de tipo paliativo que curativo.

Para esta exploración clínica es fundamental la experiencia clínica del profesional que la realice y que emita el informe, pues sólo la experiencia clínica puede suplir las deficiencias que hay en la relación médico-paciente en este tipo de accidentes y de lesionados, pues no olvidemos que se está reconociendo a una persona y que en función del reconocimiento realizado puede variar el resultado final indemnizatorio, por lo que los intereses creados son múltiples y el grado de colaboración de un paciente no siempre es del cien por cien.

El presente y el futuro

La Ley 35/2015 nos trae un aumento de exigencia de calidad en los informes médicos periciales que se realicen (informes médicos concluyentes), el problema surgirá a la hora de confrontar los informes médicos de dos partes enfrentadas en la valoración de los daños causados por un accidente de circulación, lo cual siempre ha sucedido y seguirá ocurriendo, y en la práctica lo que va a suceder es que el escalón de calidad que estamos subiendo con esta nueva exigencia de la Ley, va a conseguir por un lado que las compañías de seguros negocien más siniestros que antes de la aparición de la nueva Ley con los letrados de los lesionados, por facilidad y rapidez de las mismas compañías y por el trabajo que va a suponer interponer una demanda con la nueva Ley para un letrado, lo cual va a hacer que estos, por comodidad, tiendan a negociar muchos más casos que antes y a interponer menos demandas, y por otro lado se va a conseguir que todos los letrados que soliciten unas secuelas como consecuencia de un accidente de un cliente suyo, se vean obligados a solicitar un informe médico

de calidad a un profesional de prestigio, dejando de lado a algunos profesionales que por su reputación o falta de rigor en sus informes no van a poder llegar al listón de calidad exigidos por la nueva Ley.

Es pronto todavía para conocer la dirección y la corriente que tomarán los siniestros acaecidos a partir del uno de enero del 2016, pero parece ser que las compañías de seguros están haciendo que sus servicios médicos valoren a todos los lesionados cuya responsabilidad recae en dicha compañía (tanto contrarios como asegurados), siendo lógico este proceder pues con la nueva Ley se necesita un informe médico para realizar una oferta motivada a la parte contraria, y entiendo que ante cualquier intento de negociación por parte de la compañía, el letrado del lesionado solicitará el informe médico que sustente la oferta motivada realizada, lo cual hasta ahora no se venía haciendo, pues solamente valoraban a algunos de los lesionados y otros se llegaba a un acuerdo sin intervención ni del médico ni del abogado de la compañía, con lo cual aumentará el volumen de trabajo de los servicios de valoración del daño corporal de las compañías de seguros a corto plazo y disminuirá a corto plazo el volumen de trabajo de sus asesorías jurídicas, aunque a medio plazo volverá a aumentar.

Igualmente los letrados de los lesionados intentarán negociar un mayor número de casos que con anterioridad a la entrada de la Ley, especialmente los casos de escasa entidad y trascendencia, dejando reservados las demandas judiciales para los grandes lesionados, los cuales al haber salido más favorecidos con la nueva ley, sea más difícil llegar a un acuerdo entre ambas partes.

Queda por último hacer un comentario al escaso número de solicitudes de valoración de los lesionados por los Institutos de Medicina Legal, lo cual entiendo que es debido a la desconfianza que los letrados puedan tener sobre estos profesionales en el sentido que una vez que el equipo de médicos forenses emitan su informe va a ser muy difícil por no decir que imposible rebatir sus argumentos en la misma jurisdicción civil en la que ellos han intervenido, y por tanto a corto plazo el número de solicitudes va a ser muy bajo, y a medio plazo dependerá del nivel de rigidez en las negociaciones que adopten las compañías de seguros, pues en caso de que ese nivel sea muy alto, probablemente se tienda a volver a solicitar la ayuda de estos profesionales de la administración de justicia.