

## **Soluciones al calvario de las personas lesionadas en accidente de tráfico**

Cándido ALVÁREZ FLORES (Abogado)

- Indemnización anticipada.
- Libertad para la elección de centros médicos.
- Derogar el art. 133 y proceso negociador del nuevo baremo.
- Prohibir los "módulos".
- Indemnizar siempre la "pérdida de calidad de vida".
- Volver a la interpretación inicial del art. 20 LCS: intereses.
- Derecho a elegir como Juzgado competente el del lugar del domicilio del lesionado.
- Proceso judicial especial: urgente.
- Imposición costas judiciales sólo en casos de temeridad.

Todos esperan que una aseguradora actúe como "buen padre de familia" y lejos de intereses lucrativos. Ahora bien, las personas lesionadas se encuentran con que:

1º. Recibirán reiteradas llamadas en nombre de aseguradoras - tramitadores, abogados, médicos... planteando distintas soluciones que les crearán gran confusión.

2º. Realizarán múltiples llamadas a las aseguradoras sin que nadie les den una solución salvo esperar.

3º. Y quienes acepten sus consejos:

3.1 Palabras de plena disposición para ser atendidos, tratados, curados e indemnizados. La reincorporación a la vida habitual -estrés y cargas- les devolverá a la triste realidad. El dolor reaparecerá y será la primera alarma de una mala atención: ausencia de pruebas diagnósticas, rehabilitación exprés y mísera indemnización.

3.2. A otros ingresados o siguiendo tratamiento les comunicará el centro médico, de repente y sin solución, que la aseguradora toma la decisión de no hacerse cargo de los gastos e, incluso, de los generados.

3.3 Imaginamos, con dudas, que algunos, con lesiones menores, se benefician del tratamiento, pero sería interesante, analizar si la indemnización recibida fue la adecuada,

porque normalmente como mínimo, salvo alguna excepción, se triplican las ofertas en los procesos judiciales.

La cara amable de las aseguradoras es fruto de importantes **campañas de marketing** o patrocinios pero no se puede ignorar su último fin: el beneficio. El problema que se les presenta para obtenerlo es el **coste del siniestro**. Especialmente cuando las lesiones que afectan a la espalda "raquis" y en particular al cuello, por ser la más habitual. Es su caballo de batalla y una de sus múltiples estrategias es hablar de fraude. El dinero se les va por los días de baja y las secuelas.

El primer problema, las "bajas", lo afrontan con tratamientos exprés y engatusando al paciente con que no existe o es mínimo el daño. Su lucha es reducir al máximo los tiempos de baja médica aún a costa de la salud de los lesionados.

El problema de las "secuelas" se soluciona con la no prescripción de pruebas médicas, circulando una serie de protocolos que reducen su práctica a los casos más graves, de esta forma el paciente recibe un alta sin un diagnóstico objetivo. Se obtiene así un triple ahorro: reducción gasto en pruebas clínicas, rehabilitador y no indemnización de los días de baja y secuelas reales.

Existe un tercer concepto a indemnizar, que no les supone problema porque la mayoría de los Tribunales lo pasan por alto, a pesar de que en el nuevo baremo se fija una cantidad mínima de 1500 € y máxima de 150000 € por "perjuicio moral por pérdida de calidad de vida" que obviamente provoca toda secuela y, muy especialmente, a tener en cuenta en la agravación futura que necesariamente se va a sufrir.

*Cinco días:* "Hace cinco años, era habitual que una aseguradora pagara más de 10.000 euros por los esguinces cervicales. Ahora es casi imposible. Están ofreciendo entre 1.000 y 1.200 euros y, además, son muchísimo más exigentes para reconocer la lesión", explica CASTELLANOS.

A dicha situación ha contribuido de forma alarmante el art. 135 -que debe ser derogado- En el que se establece "vulgarmente" que se ha de recibir atención médica en las 72 horas siguientes al accidente para presumir la lesión como derivada del accidente, ignorando que muchas veces los síntomas se manifiestan de forma tardía y que en la mayoría de los casos el lesionado aguanta estoicamente durante días o semanas hasta que no ve otra solución que ir al médico. Todos estos casos ya no se indemnizan, salvo excepciones.

En medio de los intereses de las aseguradoras y los lesionados están los centros médicos. La atención médica mueve mucho dinero, son muchos los que dependen económicamente de estos ingresos y está en juego para la aseguradora el importe de las indemnizaciones.

¿Cómo se soluciona el problema? Es complicado pero para una multinacional siempre hay soluciones, al fin y al cabo, se trata de comer "al chico". Así entran en juego:

- **Protocolos.** Se redactan e imponen a los médicos colaboradores criterios de actuaciones que no respetan los criterios de la ciencia médica para la curación. Quien no lo sigue pierde su contrato.

- **Módulos o tarifas planas.** Se imponen a los Centros concertados tarifas planas por zonas lesionadas. En concreto para el tratamiento del segmento cervical se fijó una tarifa por todos los tratamientos y sin distinguir mayor o menor gravedad. Dicha tarifa en el año 2008 era de aproximadamente 1100 € y hoy entre 500 y 600 €. Con dicho importe el centro debe prestar toda la asistencia al lesionado. Así, el centro sólo obtendrá beneficio si presta un tratamiento exprés e ignoran el que realmente exige la ciencia médica en lesiones del raquis: asistencia por verdaderos especialistas, prueba objetivas Rx, TAC, RM, EMG u otras y rehabilitación hasta la completa sanidad.

- **Convenio UNESPA.** Los centros concertados se adhieren a este convenio que fija "módulos" e irrisorios honorarios médicos.

Con todo ello se consigue viciar el proceso para diagnosticar adecuadamente el cuadro clínico derivado del accidente y el proceso de curación.

Pero el calvario sigue. Recibida el alta médica se tiene que formular una reclamación a la aseguradora vía extrajudicial y esta tiene la obligación de contestar de forma motivada y aportando informe médico con desglose de los conceptos indemnizatorios en el plazo de tres meses. Los incumplimientos de tales obligaciones son múltiples y el dilema surge con el que hacer cuando se recibe la irrisoria indemnización.

Con un ejemplo se va a entender muy bien el beneficio de la aseguradora. La aseguradora recibe un reclamación de alguien que tiene derecho a percibir 6000 €, no le van a ofrecer 0 € porque ello implicará un pleito pero si entre 2000 € y 3000 €. El lesionado puede tomar a cuenta la cantidad y tiene le quedan dos opciones:

1ª. Interesar un informe médico forense, que más que una solución viene a ser una nueva traba por razones que me voy a abstener comentar.

2ª- Acudir a la vía judicial.

En la vía judicial el lesionado recibe los palos del Estado, pues no interesa que los Juzgados se colapsen con este tipo de asuntos. Así, el abogado tendrá que explicarle a su cliente, con circunstancias como las del ejemplo, no ganará nada porque los gastos abogado, procurador y peritos se llevarán "lo comido por lo servido". Con ello, el Estado se evita un juicio y la aseguradora gana no sólo lo que deja de pagar sino, también, los costes que le supondría afrontar un juicio: abogado, procurador y perito.

También se ahorran una partida muy importante: los intereses.

Hasta el 1 de marzo de 2007 las aseguradoras eran condenadas a pagar los intereses legales incrementados en un 50% si abonaban la indemnización dentro de los 2 primeros años y del 20% desde la fecha del accidente si no lo hubiesen hecho o la

ofrecida fuese inferior. A partir de dicha fecha una sentencia del Tribunal Supremo dio "la vuelta a la tortilla" al interpretar que el 20% se aplicaría sólo a partir del segundo año y no desde el accidente. Ello, supuso un gran beneficio para las aseguradoras y el interés en negociar fue decreciendo al tiempo que iba bajando el interés legal del dinero. Por ello, en el nuevo baremo del año 2015 se echa en falta, que no se volviese al criterio interpretativo original del art. 20 LCS.

Además, y para acabar, deberían abordarse otras soluciones procesales en beneficio de los perjudicados:

- Obligar a poner a disposición del lesionado en el plazo de 40 días la indemnización que pudiera corresponderle, es decir, presupuestar la indemnización, que es lo que obligaban los Tribunales antes del 1 de marzo de 2007, y poner a disposición para que no se devengarán los intereses del art. 20 LCS. Hoy, la aseguradora dispone de un plazo de tres meses desde que el lesionado, obtenida el alta médica, formula reclamación ¿Qué pasa con los intereses?.

- Libertad para elegir centro médico con o sin vinculación con la aseguradora y asumir los gastos médicos sin necesidad de reclamación.

- Dejar a la voluntad del lesionado el derecho a elegir el Juzgado de su domicilio o el del lugar del accidente. ¿Por qué se impone al lesionado litigar el Juzgado del lugar del accidente?. ¿Por qué no se le libra de esta carga?

- Costas judiciales: Limitar la imposición al lesionado en aquellos casos de manifiesta temeridad. Este riesgo y los gastos de afrontar un litigio por diferencias indemnizatorias mínimas permite a la aseguradora ganar grandes sumas de dinero y a los perjudicados se les priva de exigir un completa restitución del daño, por resultar antieconómico el proceso judicial.

Para acabar, recuerdo haber leído en el año 2015 “Las víctimas de accidentes de tráfico recibirán indemnizaciones justas...” y, hoy, llega a mis manos una propuesta de reforma, para incrementar indemnizaciones, derogar artículos etc....

Espero llegue pronto una reforma justa, pues a las víctimas, la nueva Ley las ha colocado en una situación de franca desventaja.

Procede no solo incrementar las indemnizaciones para igualarlas en todo el espacio europeo -en Alemania son 5 veces superiores- sino modificar los trámites procesales para que no puedan beneficiarse las aseguradoras de la falta de medios de las víctimas.

\*\*\*