

Accidentes de tráfico

El lesionado no grave necesita “antes” abogado que médico

En el caso de los conductores, su relación con la aseguradora propia comienza en el mismo momento de la contratación de la póliza y sus condiciones.

También en lo que se refiere a la cobertura de asistencia sanitaria, se establece bajo el asesoramiento de sus servicios jurídicos y médicos, por lo que ya parecería necesario que ese conductor recurra a asesoramiento jurídico y médico antes de contratar la póliza.

Hemos de tener en cuenta que, ya en la confección de ese condicionado, se inicia la estrategia de las aseguradoras para conseguir minimizar el coste del siniestro y que al Agente a través del que comercializan la póliza, no se le explica la verdadera estrategia de ese condicionado.

La mayoría de las pólizas condicionan la cobertura de asistencia ilimitada a que el lesionado acuda a centros médicos contratados por la aseguradora, con los que tienen establecido el conocido “módulo de raquis vertebral” para lesiones de partes blandas (80% de casuística) por el que cobran una tarifa fija con independencia del que sea el coste real de la asistencia con lo cual el centro solo puede rentabilizar la asistencia al lesionado a costa de la calidad de la asistencia prestada (acotando pruebas complementarias, rehabilitación, etc.) resultando la más limitada de las asistencias.

Lo mismo ocurre en el caso de los ocupantes o “terceros”, cuando la que se hace cargo de la asistencia es la aseguradora sobre la que recae la responsabilidad civil, pareciendo que las aseguradoras se convirtieran en “Juez y parte” con la sospecha de que están influyendo en el diagnóstico y resultado lesivo final, de las secuelas que han de indemnizar ellas mismas (la contraria por responsabilidad civil y la propia por la póliza de ocupantes) El abogado y/o el médico experto le asesorarán de la cobertura de la póliza que tiene contratada o de la que vaya a contratar

Una vez que ocurre el siniestro, la aseguradora establece sus estrategias con el asesoramiento de sus servicios jurídicos y médicos por lo que, es evidente que el paciente no solo tenga el derecho, sino que también, la necesidad de asesoramiento jurídico y médico.

De hecho; la relación entre el lesionado y la aseguradora, viene regulado por los artículos 7 y 37 de la ley 35/15 que establecen una serie de derechos y obligaciones para ambas partes que las aseguradoras vinieron contraviniendo sistemáticamente al no aportar a los lesionados los informes de alta tal como viene a obligar el artículo 37,3 y, cuando lo aportaban, lo hacían sin valoración hasta que en el pasado mes de Marzo, en la Guía de las buenas prácticas en la aplicación de la Ley 35/15, ya estableció que era inexcusable la entrega del informe de alta con la valoración expresa que le permita el cálculo de la indemnización correspondiente. Ha mejorado este aspecto pero, todavía no se cumple siempre.

La Ley aconseja que el lesionado colabore con la aseguradora accediendo al seguimiento por parte de su Asesor Médico (no hacerlo implicaría que no se devengarían intereses moratorios por parte de la aseguradora) pero, también le establece

unas obligaciones a la aseguradora como a tomar de forma inmediata las medidas oportunas para la correcta indemnización de los perjuicios sufridos y valoración médico-legal siendo una obviedad que el primer perjuicio y; por lo tanto; lo primero a resarcir es el daño físico, asumiendo de forma inmediata los gastos asistenciales. Parece lógico que el paciente pueda exigir a la aseguradora unas condiciones previas que solo el abogado y/o el asesor médico conocen.

Adentrándonos en el aspecto puramente médico-legal y, en lo que se refiere a las lesiones leves, especialmente en el “trauma cervical menor”, la ley establece que es de especial relevancia que el paciente presente sintomatología o requiera asistencia médica antes de las 72 horas para asumir el cumplimiento del criterio cronológico por lo tanto; todo lesionado debe de requerir asistencia antes de las 72 horas ante la existencia de sintomatología por leve que sea.

Tras esa primera asistencia, es de suma importancia que las pruebas complementarias se realicen en el momento evolutivo preciso porque el paso del tiempo hace que vayan desapareciendo los signos de lesión aguda postraumática (reciente) y vayan apareciendo signos de cronicidad (antigua).

Las aseguradoras y sus centros concertados (estos, quiero pensar que por “pura” cuestión de rentabilidad) **se resisten a realizar pruebas complementarias**, lo que lleva a que muchas veces el lesionado sea dado de alta sin realizar ninguna prueba complementaria a pesar de la persistencia de sintomatología.

Para evitarlo, el lesionado debe de acudir al Abogado o a Asesor Médico privado de forma inmediata a la producción del accidente. Aun para un abogado experto en la materia es imposible establecer la indemnización correcta sin la colaboración del asesor médico . Y también lo es para éste sin la colaboración del primero, por lo tanto; es obvio que para un ciudadano de “a pie” es absolutamente imposible valorar cualquier oferta de la aseguradora.

CONCLUSION

Es imprescindible que el lesionado no grave requiera asesoramiento jurídico y médico-legal de inmediato para asegurarse una correcta asistencia y una indemnización ajustada al verdadero daño sufrido.

© Luis Castro Iglesias

luiscastro@peritomedicolugo.com