

RESPUESTA A LAS AFIRMACIONES DEL ARTÍCULO DEL PERIODICO *EL PAIS* (03.09.12)

He leído en el periódico el PAIS un artículo en el que “expertos en la materia” denunciaban el fraude a las aseguradoras.

“Los intentos de fraude a las compañías de seguros crecen con la crisis y emerge un nuevo tipo de defraudador: el que lo es por pura necesidad económica”.

En el artículo se decían cosas como estas:

*** “Los intentos de fraude a las compañías de seguros crecen con la crisis y emerge un nuevo tipo de defraudador: el que lo es por pura necesidad económica...comenta el señor JOSEP MARÍA VILAMAJÒ investigador privado en un artículo del periódico EL PAIS este fin de semana”.

*** “Con la crisis se ha producido un aumento del fraude de entre el 25% y el 30%”, asegura JAVIER FERNÁNDEZ, portavoz de la Asociación Empresarial del Seguro (UNESPA)”.

*** “El Grupo ZURICH presentó el pasado mes de marzo un informe en el que destacaba la aparición de un nuevo tipo de defraudador: el que lo es por necesidad. “Ahora, este tipo de asegurado traslada una deuda o sus malos resultados en el negocio a su seguro”, explica Carlos Palos, director de Siniestros de Zurich. “Cobrar una indemnización se convierte en una manera de percibir dinero”, añade”.

*** “El fraude se ha incrementado sobre todo en los colectivos que más han sufrido los efectos de la crisis: las pymes y los jóvenes menores de 26 años”, apunta FRANCISCO VALENCIA, director de gobierno corporativo de LÍNEA DIRECTA.

*** “Las aseguradoras han destinado un 17% más de recursos a la investigación”, confirma el portavoz de UNESPA”.

*** “VILAMAJÒ hace un hueco al humor y recuerda entre risas todas que los detectives han encontrado un filón para resolver casos: Las redes sociales. “Deberían ser las patronas de los investigadores”, dice en broma VILAMAJÒ. MARIANO PARADELL, que cuenta con 50 detectives en su agencia, Grupo Paradell, recuerda cómo, este invierno, una foto de Facebook de dos jóvenes tomando cubatas juntos ayudó a destapar un montaje.

*** “Esto ocurre a diario. España, Portugal, Grecia e Italia **son países fraudulentos por naturaleza**”, apunta PARADELL “si se comparan con los nórdicos o los japoneses”. El pícaro español sigue vivo. “Además, como las compañías muchas veces no denuncian, ni la fiscalía toma cartas en el asunto, esto se ha convertido en la gallina de los huevos de oro”, sostiene. “El defraudador sabe que no hay un gran riesgo”, explica, “que es poco probable que le pase nada por estafar a una compañía”.

Pues bien ahora me toca a mí hacer rotundas afirmaciones basadas en más de 25 años de experiencia, en la tramitación privada de 4000 historias clínicas y la evaluación medica y legal ante el foro de victimas de los accidentes de circulación:

1- Para una Aseguradora...por “filosofía comercial”, toda víctima de un accidente pasa a convertirse, desde el momento en que se

tiene conocimiento del mismo, en un presunto estafador potencial para con la compañía de seguros.

2- Desde el momento que una aseguradora conoce las lesiones de una víctima de accidente, sobre todo si estas son graves, se instrumentaliza un sistema de obtención de datos e información personal, laboral, económica y social de dicha víctima por parte de los médicos de la compañía que “visitan” al paciente – verdaderos policías sanitarios - con el objeto de elaborar un mapa de su situación socio-económica y de cara a forzar una posible negociación, por supuesto siempre a la baja, de sus perjuicios, y siempre favorable para los intereses de la aseguradora...no faltaba más.

3- Una vez llevada a cabo la primera asistencia de las lesiones del accidente, las aseguradoras “recomiendan” a las víctimas acudir a los servicios médicos que tienen éstas contratados en la ciudad para su control y tratamiento hasta el alta. Como esos servicios médicos son contratados por “cuatro chavos” el nivel asistencial de tratamientos de rehabilitación en cuanto a calidad y duración, el nivel de indicación de pruebas diagnósticas para confirmar secuelas, y el nivel de compromiso con la objetividad del verdadero estado del paciente son mínimos...cuando no totalmente nulos, porque son por otra parte centros sustentados económicamente por el volumen de pacientes que dichas aseguradoras les garantizan cada mes.

4- Para más “inri” las aseguradoras cuentan con el regalo de un perito médico gratuito: El Médico Forense del juzgado que tramita la instrucción del accidente. Las aseguradoras llevan años invirtiendo en organizar “saraos y mesitas redondas con ágape incluido” para intentar “convencer” a dichos facultativos de que los criterios más “justos y científicos” para evaluar a un lesionado son los que ellas aseguran que son los adecuados...habiendo

obtenido, por desgracia, cierto éxito en estas campañas de “mentalización científica” sobre todo con algunos jóvenes e inexpertos médicos forenses que, de buena fe, se creen estas pamemas de criterios pseudocientíficos...como por ejemplo aquella tan elaborada y tan insultante para el conocimiento médico de que “una colisión a baja velocidad no puede generar lesiones graves en el cuello”.

5- Como “quien no mira no ve nada”...y aunque haya quejas del paciente en relación con unos u otros síntomas, las pruebas médicas – es decir el gasto de la aseguradora para con las víctimas – brilla por su ausencia. Ya se sabe que si no hay prueba médica objetiva no hay objetividad de los síntomas y por tanto no hay prueba legal de la posible causa de dichos síntomas. Total que no existe...vamos.

6- Luego está el “juguete” que se han dado las aseguradoras para que todo dios...tramitadores de siniestros, letrados, simples administrativos de la casa jueguen a los médicos: El Baremo de la Ley...Ideado, construido y colocado como Ley Orgánica “Ad hoc” para los intereses de las compañías de seguros...tras una prodigiosa campaña de compra de voluntades políticas y judiciales al mas alto nivel. Un método de cálculo indemnizatorio demencial e infumable desde cualquier punto de vista de la lógica y el conocimiento médico, mediante el cual España siempre ha sido el “farolillo rojo” en la clasificación del importe de las indemnizaciones...”por detrás de Grecia, Italia, Portugal” sin ir más lejos...sin hablar de Alemania o Francia que nos doblan en el montante de la indemnización caso por caso.

7- Lo de los detectives no es nada nuevo. Lo hacen casi sistemáticamente en todos los casos en que hay divergencia de valoraciones entre la víctima y la aseguradora. A una compañía de seguros no le tiembla el pulso para pagar 6000 euros por un

seguimiento de detectives al mismo tiempo que deniega cualquier gasto en pruebas médicas o tratamientos que pudieran dar la razón al paciente. El caso es “marear la perdiz a ver si cazamos algo”...En la inmensa mayoría de casos son informes “nada probatorios de nada” y que en cambio, se permiten entrar en valoraciones médicas sin el sonrojo de los que han contratado dicho seguimiento.

8- Resulta patético, a la vez que ofensivo, que por parte de las aseguradoras se instigue el mantenimiento de los llamados juicios de faltas por accidentes de tráfico, juicios en los que del causante de los muertos o heridos por una imprudencia, si es que está presente...que a veces ni eso, nadie habla ni se dirige a él, y sin embargo la víctima se convierte “de facto”, por la actitud y por los comentarios de los letrados de la aseguradora, en el único procesado en vez de la auténtica víctima, teniendo que soportar preguntas capciosas, cuando no claramente insultantes o que ofenden a su dignidad personal, haciéndole sentir como un estafador cuando el cliente de la aseguradora, el culpable del accidente, le ha jodido literalmente la vida a él o a algún miembro de su familia.

9- En ese juicio, cuando el informe del forense es favorable a los intereses de la aseguradora el mencionado facultativo oficial es prácticamente un dios. En cambio cuando no es un informe favorable a sus intereses las aseguradoras acuden con un ramillete de “médicos al servicio del pagador” que literalmente ponen el informe forense a parir porque no les gusta su contenido, el cual vulnera directamente sus previsiones económicas para ese siniestro

10- Y ahora vamos con el premio gordo. Estas pobrecitas aseguradoras, tan loables y desprendidas ellas, y a las que todas las víctimas quieren estafar porque hay crisis...resulta que han

estafado al erario publico – en concreto a la sanidad publica – en los últimos 17 años desde la entrada e vigor del baremo en el año 1995 – en torno a los 100.000 millones de euros en concepto de asistencia sociosanitaria asumida por el estado y no reclamada a las aseguradoras. Por eso deben ser las únicas empresas en este país que en plena crisis...crecen y crecen en ganancias cada año. ¿Cómo se llama a esto?...Yo tengo la respuesta: Se llama FRAUDE MASIVO a todo un pueblo, a todo un país, a todos los que son victimas de los accidentes que a veces se han tenido que gastar el dinero de la indemnización en gastos médicos porque los mejores tratamientos para su caso no se encontraban en la sanidad pública de donde vive.

¿Y qué nombre recibe un fraude masivo a todo un Estado?...Pues se llama TRAICIÓN.

Miren ustedes señores de las compañías...les cambio el importe de lo que dicen que les estafan los asegurados por los 100.000 millones de euros que ustedes deben a este país en crisis. ¿Tienen ustedes cojones o alguien tiene que obligarles a que los devuelvan?

03.09.12

Dr. Pedro MUR LLORENTE

www.peritajemedicoforense.com