

Una mordaza para la actividad médica

El Convenio/s de Asistencia Sanitaria sobre Accidentes de Tráfico

Tanto en lo hasta ahora vigente como en lo previsto para los años sucesivos, hasta 2017, el “*Convenio marco de Asistencia Sanitaria derivada de Accidentes de Tráfico para los ejercicios 2014-2015-2016-2017* (sector privado)”, que se puede identificar como CASAT, forma parte de agresión sustantiva a las que se somete en diversos frentes a las víctimas de los accidentes de tráfico (VAT). Sus condiciones, resumidas en unas tarifas de miseria, comprometen las garantías mínimas para el ejercicio médico. Lo impiden en una gran mayoría de casos. Una serie de exploraciones y tratamientos no se van a poder realizar, abocando una mala calidad asistencial y en suma a una *mala práctica*.

Tal convenio constituye una *proposición /imposición desvergonzada*. Una vez más pone en un corsé al ejercicio del facultativo, prejuzgando no solo el pronóstico sino también el diagnóstico. No obstante, en último extremo, no se olvide, será responsable el mismo facultativo/os que se hayan plegado, comprometido o/y involucrado en esta farsa. Para evitarse futuros problemas el médico actuante en estos casos ha de dejar bien claro por escrito su juicio clínico.

El/los gobierno / s ha/n de intervenir por cuanto lo referido afecta al *Derecho a la Salud* de los ciudadanos. Los términos en que viene redactado el CASAT es una amenaza potencial para el conjunto de la población. En derecho, la administración, y bajo el principio de su *poder discrecional - de la administración* - no está obligada en modo alguno a dar su aprobación al presupuesto más económico, tanto que lo puede ignorar siempre que aprecie que no reúne las suficientes garantías para dar acogida al bien jurídico que se ha de proteger, en este caso la salud. Un presupuesto muy bajo hace dudar de la calidad del servicio.

Propuesta tan *avara y obscena* como la del Convenio aludido (CASAT) pone, y ahora dentro de una preocupación más cercana, en grave riesgo la atención a los lesionados en accidente de tráfico, pacientes, enfermos, en definitiva. Desde distintos ámbitos han expresado su malestar, acusando de nefastos a los negociadores de la patronal sanitaria privada, junto al abuso y la imposición de un poder brutal /despótico desde el sector asegurador.

Módulo de Raquis Vertebral (MRV)

Esta claro que las lesiones traumáticas ligada al raquis en su conjunto, al margen de otras patologías, dada su alta frecuencia, en especial la que se remite al cuello (Latigazo Cervical y otras agresiones vertebrales) preocupan mucho a las entidades aseguradoras, aunque sólo económicamente. Por eso están dispuestos a ahorrar *como sea*. En su expansión codiciosa, sin ningún tipo de freno, el capital quiere una inventar una medicina a la medida de sus intereses: *el diagnóstico a gusto del pagador*. Y la prensa, “moderada”, lo que llega al calle todos los días, no se hace eco de esta realidad, así como de otros problemas que golpean a diario a los ciudadanos de nuestro país. Mas desde aquí, con medios modestos, seguiremos. *Leña al mono hasta que aprenda el catecismo*

El Convenio de Asistencia Sanitaria sobre Accidentes de Tráfico para el ejercicio del 2014 (sector privado) hace su propio planteamiento. Para el MRV las tarifas propuestas son Grupo A, 860 € (*); Grupo B 860 €; Grupo C 550 €.

(* Los hospitales encuadrados en grupos A son básicamente los centros con UCI. Los B son centros hospitalarios sin UCI. Los C son centros ambulatorios sin camas ni hospitalización.

Su finalidad, según sus autores es nada menos que “la asistencia sanitaria integral, tanto hospitalaria como ambulatoria prestada a los lesionados por hechos de la circulación hasta su total sanación o estabilización de secuelas”.

ACUERDO TARIFAS CONVENIO TRÁFICO 2014-2017

Prestación	2013			2014			2015			2016			2017		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
HOSPITAL															
ESTANCIA EN PLANTA HASTA 60 DIAS	369,36	244,43	217,27	391,52	259,10	230,31	407,18	269,46	239,52	423,47	280,24	249,10	440,41	291,45	259,06
ESTANCIA EN PLANTA MAS DE 6 DIAS	298,75	217,27	141,22	316,68	230,31	149,69	329,34	239,52	155,68	342,52	249,10	161,91	356,22	259,06	168,38
ESTANCIA EN UVI / UCI	869,10			921,25			958,10			996,42			1.036,28		
MÓDULO QUIRÚRGICO	1.629,54			1.727,31	0,00		1.796,40	0,00		1.868,26	0,00		1.942,99	0,00	
URGENCIAS															
URGENCIAS SIN INGRESO	242,59	242,59		247,44	247,44		252,39	252,39		257,44	257,44		262,59	262,59	
AMBULANTE															
CONSULTA ALTA DEFINITIVA	105,47	84,38	52,74	105,47	84,38	52,74	105,47	84,38	52,74	107,58	86,07	53,79	109,73	87,79	54,87
DESCARTE RAQUIS VERTEBRAL	105,47	84,38	52,74	105,47	84,38	52,74	105,47	84,38	52,74	107,58	86,07	53,79	109,73	87,79	54,87
2º Y SUCESESIVAS ASISTENCIA AMBULATORIA	105,47	84,38	52,74	105,47	84,38	52,74	105,47	84,38	52,74	107,58	86,07	53,79	109,73	87,79	54,87
INTERCONSULTA ESPECIALIDAD	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	64,55	64,55	64,55	65,84	65,84	65,84
CONTRASTE (RM)	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	64,55	64,55	64,55	65,84	65,84	65,84
CONTRASTE (TC)	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	63,28	64,55	64,55	64,55	65,84	65,84	65,84
PRIMERA ASISTENCIA AMBULATORIA	226,76	200,40	84,38	226,76	200,40	84,38	226,76	200,40	84,38	231,30	204,41	86,07	235,92	208,50	87,79
REHABILITACION	18,98	18,98	15,82	18,98	18,98	15,82	18,98	18,98	15,82	19,36	19,36	16,14	19,75	19,75	16,46
RADIOLOGÍA: R.M.N.	183,52	183,52	183,52	183,52	183,52	183,52	183,52	183,52	183,52	187,19	187,19	187,19	190,93	190,93	190,93
RADIOLOGÍA: T.A.C.	119,18	119,18	119,18	119,18	119,18	119,18	119,18	119,18	119,18	121,56	121,56	121,56	123,99	123,99	123,99
RAQUIS															
MÓDULO DE RAQUIS VERTEBRAL	900,00	900,00	540,00	860,00	860,00	550,00	820,00	820,00	560,00	790,00	790,00	560,00	680,00	680,00	560,00

Puede consultarse en la red Web UNESPA.- “Convenio marco de Asistencia Sanitaria derivada de Accidentes de Tráfico para los ejercicios 2014-2015-2016-2017. (Sector privado)”.

Consideraciones

1.- Un popurrí diagnóstico. Según la patronal aseguradora (UNESPA) el MRV se remite a *cualquier* "traumatismo cerrado sobre el raquis vertebral con afectación exclusiva de partes blandas sin patología orgánica asociada". Añade que “el diagnóstico tributario de tratamiento incluirá **cualquier nomenclatura de patología vertebral** que reúna las características descritas (latigazo cervical, esquinco cervical, cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, contracturas paravertebrales, etc.) con afectación de una o varias regiones de la columna vertebral. Deberá ser el diagnóstico principal en la visita inicial efectuada, 1º visita ambulatoria, y por la exposición o la prueba complementaria efectuada no deberán objetivarse otras lesiones orgánicas de etiología postraumática que afecten al raquis vertebral”.

2.- Un marco lesional muy insuficiente. Resulta inadecuado que en el "módulo de raquis" (MRV) se remite exclusivamente a un proceso cuyo diagnóstico principal se centra en la “patología de **partes blandas** del raquis vertebral” y no se considera los daños añadidos por agravamientos de patología degenerativa previa, lo que es tantas veces guarda relación con el conocido *Síndrome de desestabilización vertebral* determinado por la cinemática / cinética concurrente con ocasión del hecho traumático

por accidente de tráfico. Es frecuente que personas con patología estructural previa en la columna vertebral, más a partir de cierta edad, pero en estado de silencio orgánico, esto es sin dar síntomas al paciente antes del accidente, a raíz del mismo se manifiesta en forma de síntomas diversos, ya con algias focalizadas, ya en forma de trastornos radiculares aislados o añadidos.

El Latigazo Cervical requiere una regulación específica que no se ha hecho. Y es así precisamente por su frecuencia, singularidad traumática, potencial lesivo tanto en lo que se refiere a las lesiones como a sus posibles secuelas, importancia en definitiva, que se refleja por ejemplo en la abundante literatura científica mundial. NO PUEDE QUEDAR DILUIDO, como ahora, en una contemplación genérica dentro de ese MODULO del RAQUIS VERTEBRAL (MRV) como sucede ya actualmente en el *Convenio/s de Asistencia Sanitaria sobre Accidentes de Tráfico (2014-2015-2016-2017)*.

Malos comienzos. Ya se adelanta que la actual Comisión de “expertos” para la Reforma del Sistema de Valoración de Daños y Perjuicios causados por Accidentes de Tráfico ha estado corta. Torpe. No se explica que desde el año 2010 hasta ahora, después de tantos años de “negociación” las cosas estén como están. Su Presidente se contradice. Afirmó que “el futuro baremo busca **clarificar los conceptos indemnizables**, porque el actual es muy opaco”. Y por otra parte, preguntado sobre los aspectos que está resultando más difícil llegar a un consenso en la propuesta del baremo ha dicho que “la regulación del llamado ‘latigazo cervical’ está siendo uno de los aspectos litigiosos más difíciles”; “sin lugar a dudas, la regulación de la indemnización del llamado “latigazo cervical”, punto en el que se tenía que encontrar un equilibrio entre la necesidad de indemnizar unas lesiones reales pero difícilmente demostrables y la de atajar los abusos que tal dificultad puede dar lugar. Finalmente se ha llegado a una redacción transaccional, que no satisface plenamente a nadie y que, tal vez por ello, sea la mejor posible en estos momentos” (24.02.14). “**Lesiones reales pero difícilmente demostrables**” ¿Qué es lo que entienden por demostrables? “**Transaccional**” ¿con la enfermedad? Todo esto ¿es una broma? Pero para un aspecto tan importante la postura tangencial no vale, que hay que calificar como una prudencia pecadora... Una cosa es la “cuestión litigiosa” en su alcance jurídico, que ahora aquí no interesa, y otra la “cuestión litigiosa” como elemento fáctico. Pero los componentes de la comisión de “expertos” (hombres de cuentas y leyes) que se sepa no tienen ninguna preparación en el aspecto técnico, esto es, lo que interesa a las lesiones y secuelas, fundamental al mismo tiempo para abordar y cerrar las discusiones sobre el baremo. El hecho tiene que ser conocido en toda esa dimensión técnica, pues es el mismo hecho el hilo conductor del derecho. (Esto y mucho más que ya se verá en otro momento).

3.- Asistencia integral a precio de saldo. “Tras la primera visita ambulatoria, y en el plazo de tiempo óptimo desde el punto de vista asistencial de 5-7 días, se realizara una visita sucesiva que determinará si se confirma el diagnóstico de módulo de patología sobre el raquis, en cuyo caso y a partir del inicio del tratamiento (rehabilitación, visitas ambulatorias, control prescripción farmacológica, etc.) será considerado el proceso asistencial de forma integral”.

En este marco MRV pues, van incluidas todas las asistencias ambulatorias al lesionado, como consulta del especialista traumatólogo y/o rehabilitador, sesiones de fisioterapia, radiología convencional que precise, resonancia magnética y TAC.

Tampoco es posible facturar ni urgencias, ni pruebas complementarias derivadas de la urgencia, ni otras interconsultas con otras especialidades que se precisen y se realicen. Tan solo se permite a los establecimientos sanitarios calificados en el Grupo A facturar complementario a éste módulo de raquis aparte un acto que se denomina "urgencia sin ingreso: 242,59€" y que consiste en la atención de urgencias de un lesionado, siempre que se demuestre que **no** ha sido atendido por ningún centro o servicio previo en la sanidad privada o pública.

Igualmente hay que **prestar atención a lo que sigue.**

3.1.4.- Causas de rechazo del Parte de primera Asistencia y del resto de las atenciones sanitarias:

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán en el plazo máximo de quince días naturales desde la recepción de la notificación, contestar al Centro Asistencial remitente de un parte de asistencia, comunicando el rechazo de los gastos asistenciales a que se refiere el parte, de forma DOCUMENTADA, justificando y argumentando los motivos del rechazo (FIVA, atestados, Informes Médicos, jurídicos, estudios de biomecánica complementados con informe médico, etc.). De no contestar en el referido plazo se entenderán aceptados. En el caso de partes no cumplimentados

.....

Falta de relación causal entre las lesiones sufridas en el accidente y los daños que originan la asistencia facturada, entendiendo como tal la concurrencia de alguno de los siguientes criterios:

- “cronológico”: si no existe continuidad entre el hecho lesivo traumático y el momento en que aparece el daño, debido al tiempo transcurrido desde el accidente o desde la última asistencia
- “de intensidad”: si la intensidad del hecho lesivo traumático, no es suficiente para causar el daño producido
- “topográfico”: si la zona afectada por el hecho lesivo traumático no se corresponde con la zona en la que aparece el daño
- “de exclusión”: existencia de otra causa que de forma exclusiva es el origen del daño producido

Las entidades aseguradoras se reservan un “as” en la manga para argumentar cualquier majadería para no incumplir con su obligación de dar asistencia a las víctimas de los accidentes de tráfico. De los estudios de biomecánica y sus pretensiones ridículas por parte de quienes desconocen la realidad de la patogénesis lesional ya sea hablado suficientemente en artículos precedentes. Por ejemplo, ver *Scan 3.60. Delta v y otras tentaciones... que ya no se llevan. Preguntas para el Sr. Ingeniero “especialista” en biomecánica. www.peritajemedicoforense.com. 17/ marzo/2014.* En cuanto a los criterios de causalidad aducidos (“crónológico”, “de intensidad”, “topográfico” y “de exclusión”) en su concepción rígida son totalmente inadecuados si no se dan entrada a su necesaria flexibilidad, aspecto fundamental en la práctica del ejercicio médico. Por ejemplo, como se ha venido diciendo en otras exposiciones, el criterio “cronológico” se ve frecuentemente alterado, por varios motivos. Estas “ratas” del dinero quieren imponer una nueva forma de medicina, dando cabida exclusivamente a los síntomas / signos “flash” sin ningún tipo de concesión. Insultan a la medicina.

Ver *Latigazo Cervical y Fraude* (II). ANEXO I. www.peritajemedicoforense.com / Septiembre, 2012

... Cuando el lesionado abandona la relativa inmovilidad que condiciona ese elemento externo (“collarin”) resulta explicable que es a partir de ese momento en que bien puedan comenzar a manifestarse algunos de los síntomas recogidos anteriormente, esto es, **“los síntomas y trastornos que pueden manifestarse en todos los grados comportan sordera, vértigo, acúfenos, cefalea, pérdidas de memoria, disfagia y trastornos de la articulación temporomandibular”**.

.... En algunos foros de especialista en Otorrinolaringología se han quejado de la poca atención a que se les presta para la evaluación de estos pacientes Ver **Latigazo cervical y fraude epígrafe 6.- ¿Es fraude la exploración deficiente?** 6.2. El examen instrumental ha de acatar unos protocolos... Pruebas funcionales del equilibrio....

“El periodo transcurrido desde el impacto hasta la presentación de los síntomas fue diverso, desde segundos a semanas. El 48 % de los casos presentaron sintomatología en las primeras 2 h tras el accidente”. Ref. *Expresión clínica de las alteraciones del equilibrio en pacientes con síndrome de latigazo cervical*. Michel A. Uehara Benites, Herminio Pérez-Garrigues y Constantino Morera Pérez. *Unidad de Otoneurología, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital La Fe, Valencia, España*. *Acta Otorrinolaringologica Esp.* 2009; 60(3):155-9.

*** Los tratamientos sintomáticos iniciales y posteriores pueden contribuir, y de hecho muchas veces es así, a un enmascaramiento, anestesia o “distracción” del proceso ya en si mismo, ya en una mayor dimensión.** En todo caso la valoración del paciente en el verdadero alcance de su lesión / secuela ha de acatarse un principio general. Y que es preciso conocer su capacidad de respuesta una vez que está inmerso en el medio que les es propio, esto es atendiendo a las condiciones de acción-interacción en lo que son sus condiciones de vida normal, entre otras las que están directamente ligadas a los requerimientos propios de su trabajo. Determinados síntomas o signos clínicos a veces tan sólo afloran ante determinados umbrales de excitación o ante específicas cargas de trabajo.

Este común denominador ante diversas situaciones patológicas es especialmente recogido por el citado HENRY (o.c., pag. 89). con respecto al síndrome postconmocional (SPC). Dice: “El sentimiento inicial de haberse librado por poco sin lesión aparente va a acentuar la normalidad milagrosa: los cambios de adaptación sólo manifestaran **distanciados de esta euforia inicial**. El periodo de reposo impuesto por le accidente, la baja temporal en el trabajo, pueden contribuir a dar una ilusión de aparente normalidad, ligada únicamente a la a la reducción del estrés del entorno. La sintomatología se manifestará únicamente cuando el paciente se encuentre de nuevo sumergido en su ecosistema habitual”. Ref.- *Latigazo Cervical ligado al Síndrome Cervicoencefálico*. www.peritajemedicoforemse.com.

La cuestión a veces es sumamente compleja. Algunos clínicos franceses de finales del siglo XIX y principios del pasado habían *observado* como el dolor por insuficiencia coronaria en determinados pacientes no se manifestaba con ocasión de la realización de su trabajo habitual. En cambio si temían dolor precordial en la realización de otro tipo de esfuerzos ajenos a su actividad laboral. Quizás esto ahora pueda explicarse por la **liberación de endorfinas**, actuando sobre los receptores cerebrales en su percepción del dolor, ante contextos y requerimientos específicos, pero sólo en dichas situaciones. En cualquier caso esto nos remite a un contexto ergonómico de acción/interacción, bajo el esquema recíproco de comportamiento / situación (acomodación / asimilación) y en suma la enorme dificultad que tantas veces comporta la determinación de la carga interna (“astreinte”) como respuesta a una carga externa (“contrainte”).

Hay que considerar que en problema para la víctima del accidente en muchos casos no es tanto el plazo de la aparición de los síntomas, que pueden ser precoces, sino el momento en que toma la decisión de acudir al médico, lo que puede traerle problemas si se pretender vincular la primera consulta con el facultativo con la fecha inicial de la sintomatología.

Finalmente, ya se dijo, valga el símil con alcance explicativo, la lesión “repisa” en el tiempo, como la puede hacer un edificio después de un *terremoto inicial*. Y es que todo esto es un terremoto...

4.- La electromiografía no entra en el modulo raquis vertebral (MRV) por lo que de ser necesaria, el centro previamente debe de contactar con la compañía propia o contraria culpable y solicitar autorización. Es denegada en el 80 % de los casos según estiman muchos compañeros médicos.

Supone esto además una forma de desautorizar el criterio diagnóstico del facultativo que ha examinado de forma directa al paciente, humillarlo, en el mejor de los casos someterlo a “filtros” cuyos criterios técnicos para decidir la “autorización” crean algo más que desconfianza.

En suma, crear todo tipo de obstáculos que dificultan y hacen incómoda en exceso la relación con el paciente. Habrá que preguntarle al supervisor / desautorizante de la entidad correspondiente que criterios ha considerado en caso de denegación de la prueba, más aún sin ver al paciente. Una forma extravagante de “telemedicina” que llevada a ciertos extremos adquiere un carácter temerario. En cualquier caso la negativa a tal examen complementaria ha de exigirse que venga motivada técnicamente y que quien la deniega se acredite su titulación profesional.

La electromiografía (EMG) es básica en los accidentes de tráfico; especialmente lo es este "traumatismo cerrado sobre el raquis vertebral con afectación exclusiva de partes blandas". La cinemática del propio accidente, donde concurren mecanismos de aceleración / desaceleración, con frecuencia provocan lesiones por estiramiento / elongación de los nervios vinculados a la región vertebral, aún cuando pueden tardar en manifestarse. Por eso la exploración EMG se hace tantas veces imprescindible, como cuando se quiere expresar de forma objetivas las “algias postraumáticas con componente radicular”.

En los casos de existencia del dolor el paciente podría simular, **pero una alteración en el EMG demuestra de forma objetiva que existe algún daño neurológico**, aunque es importante señalar que no siempre se produce a la inversa; **el hecho de que el EMG sea normal no descarta totalmente que existan dolores por ejemplo vertebrales.** Algunos facultativos represores de los derechos de los pacientes han pretendido, pretenden y siguen pretendiendo desacreditar el valor de la prueba electromiográfica, diciendo que sus resultados son “subjetivos”. Son unos pocos que en su vida se han enfrentado a un problema clínico real, sin experiencia en la práctica médica, y que el “sistema” les permite todavía pronunciarse en aspectos de los lesionados sin ningún tipo de garantía. Y que los aludidos, gente indigna, no pidan cortesía, bastante se hace en “protegerles” respetando su anonimato, aunque esto no quita que en cada caso se comunique ante la autoridad competente este tipo de irregularidades.

La electromiografía - dicho muy brevemente- “consiste en recoger la actividad eléctrica de los músculos, la descarga eléctrica del nervio que los controla. Si el nervio está afectado, su funcionamiento se resiente y varían las características de los impulsos eléctricos que transmite. Tales impulsos son distintos en función de que el nervio esté afectado o sólo comprimido, y también son diferentes según el grado de compresión. Las **Guías de Práctica Clínica** recomiendan el empleo del EMG en pacientes en los que el dolor dura más de 3 ó 4 semanas y en los que se considera necesario determinar si los nervios están afectados de una forma tan leve que no puede ser evidenciada por la exploración física”. Y en su traslado “al terreno con repercusiones legales se demanda con frecuencia precisamente porque permite demostrar **objetivamente** que hay nervios afectados. Muchas veces es muy difícil demostrarlo”. Advertir igualmente que en ocasiones algunos recurren a las prueba electromiográfica exclusivamente utilizando **electrodos de superficie**. Mas **la EMG superficie no es una prueba homologada** en los estudios referidos. Por ello es preciso recurrir a la exploración con electrodos de **AGUJA EN PROFUNDIDAD**. Mediante dichos electrodos de superficie a veces se expresa la Velocidad de conducción (VC) la cual es compatible / puede ser compatible con su normalidad aunque exista una afectación radicular. Y es que tal VC puede ser normal aún con la integridad de un 5/10% de las fibras nerviosas, lo que no descarta la existencia de radiculopatía.

Las afectaciones radiculares pueden aparecer más allá de los tres meses. En todo esto, hay que repetirlo, el factor muscular, en la defensa de las zonas y estructuras de vecindad, para su defensa y protección, participa de una forma nada desdeñable, en especial en sujetos jóvenes. Esta acción / tensión del músculo se puede comparar de alguna manera a los tensores y vientos de una tienda de campaña. Pero la fatiga (en este caso la fatiga muscular asociada) y el tiempo termina haciendo mella en la más numantina de las defensas.... La consecuencia es la progresión de los cambios biomecánicos que involucran a dicha región anatómica y sus áreas de vecindad, perturbando la estabilidad del segmento vertebrado. A partir del momento en que aparece el accidente, tanto que junto a los síntomas iniciales es preciso colacionar los tardíos. No faltan estudios epidemiológicos en la medicina y **patología de la automoción** que confirman estos extremos. A. STATES se remite a QUINTNER, quien demostró como en 37 pacientes víctimas de lesiones por colisiones de vehículos a motor en un 65% las afectaciones radiculares se daban en un plazo de tres meses y el 35% más allá de ese tiempo. En cualquier caso, hay que tener muy presente que la potencialidad lesional en estas circunstancias es muy alta, por ello se

merece especial consideración, toda vez que, en bastantes casos existe una discordancia entre los datos exploratorios y las manifestaciones clínicas y sintomáticas del enfermo. Vienen a abundar las dificultades cuando se sabe que existen daños y alteraciones patológicas que no se alcanzan a diagnosticar con los medios instrumentales al uso. /// Por otra parte los **critérios manejados para negar el nexo causal** entre el hecho traumático y la realidad del accidente pueden ser no pocas veces totalmente inapropiados. Así, en el caso de la afectación de la **ATM** (articulación Temporo- Mandibular) **en un 15% de los casos tarda más de un mes en manifestarse**, y como se sabe ligada en ciertos casos al Latigazo Cervical.

Semejante medida y prudencia hay que tenerla presente para otro tipo de complicaciones, como las propias complicaciones por desestabilización del eje vertebral tienen tantas veces un curso lento, surgiendo en su momento, por ejemplo, daños radiculares, articulares y otros. El músculo, en principio y en la medida de sus posibilidades intenta proteger ya sea la articulación, la raíz nerviosa, etc., mediante adoptando de forma refleja aptitudes antiálgicas, mecanismos vicariantes, y en suma tratando de dar amparo a la estructura que corre el riesgo de ser dañada. Pero el músculo llega un momento que se manifiesta su fatiga y termina claudicando, siendo entonces posible apreciar la lesión.

Respecto a la **electromiografía de superficie** (EMGS) dentro de los estudios con pruebas biomecánicas, obsérvese que de un tiempo a esta parte abundan las ofertas para la práctica de tales estudios. Una auténtica fiebre. Parece que se están promocionando con la complicidad de diferentes *vectores de propaganda*... pueden consultar el trabajo *Un reduccionismo peligroso. Biomecánica para el estudio de la patología vertebral. Estudios biomecánicos con EMGS*. www.peritajemedicoforense.com, 28.02.2011.

5.- Unos visionarios que se adelantan a la deflación en un país decadente. En los precios que se contienen en la tabla, en la forma anotada, está contenido todo, sin posibilidad de facturar ni urgencias, ni pruebas complementarias derivadas de la urgencia, ni otras interconsultas de otras especialidades que se precisen y se realicen.

Son 860€ en 2014 para los Centros A y B; 550 € para los establecimientos tipo C. Y estas tarifas para los años sucesivos van a la baja. Así para el año **2015**: 820 € (centros A y B) y 560 (C). Año **2016**: 750 € (A y C) y 560 (C). Año **2017**: 680 € (A y B) y 560 (C).

Es llamativo como las tarifas en los años sucesivos para los centros A y B decaen progresivamente (900€ /2013; 860 € /2014; 750 € / 2016; 680€ / 2017) en tanto que las de los establecimientos C, que quizá a los impulsores del *Convenio de Asistencia Sanitaria sobre Accidentes de Tráfico* les parezcan más influenciados por “manejables” (*) se mantienen en 560€ desde 2015 a 2017. A la vista de ello, la deflación entre 2013 y 2017 para la red hospitalaria privada (establecimientos Grupo A y B) se sitúa en el 24.5 %, mientras que para la asistencia en el Grupo C no se aplica reducción alguna entre 2015 y 2017.

(*) **Conversación telefónica del “fisio” (F) con el “trauma” (T)**. F. - Oye, que a mí esto que pones en el papel no me cuadra. Yo la veo muy mal. T.- ¿Cómo dices que se llama? F.- Dolores Fuertes; T. - ¡Ah! sí sí sí ya caigo. Verás, te cuento. Es que esa es *de-las-de-compañía*; F.- ¿Y, que pasa? (T) - Hombre, tengo que tenerlas contentas; F. - Pero ¿contentas a quien? La paciente está de muy mala hostia. (T) Pareces tonto. A las compañías, para que me manden “tráficos”. Ref.- *Jornada Médico - Jurídica sobre la Patología del Raquis. Inexistencia del Nexo de Causalidad y Estado Previo*. Las Palmas de Gran Canaria. 29/01/13. www.peritajemedicoforense.com, 23/enero/2013). Y más tarde, llegado el momento, no quieren peritos, sino *perritos falderos*.

Hay que analizar esta **regresión presupuestaria**. ¿Qué es lo que pretenden? Se intuye que ese *iter* “reduccionista” está encaminado a hurtar a la red hospitalaria privada la asistencia a las víctimas de los accidentes de tráfico, pero bajo la fórmula “que lo hagan ellos”, algo tan fácil de conseguir como fijando unos precios, impuestos de arriba abajo, que son totalmente inaceptables por insostenibles a dichos centros hospitalarios, lo que les aboca a una asfixia lenta y progresiva, mortal. Su ruina. De ahí un paso para su saldo como consecuencias “colaterales” a medio plazo, en suma la **expropiación de la red sanitaria privada** para beneficio de *holdings* de inversores.

El capital en su expansión enfermiza no conoce límites, quitándose de en medio a cuantos les obstaculicen. Piénsese al mismo tiempo que los establecimientos del Grupo C con su práctica, aún

inconscientemente, son instrumentalizados para alimento de un *dumping* que perjudica claramente a los centros hospitalarios privados del Grupo A y Grupo B. De cualquier modo supone para ellos (los C) también “pan para hoy y hambre para mañana”. Por su parte hace unos días se dio la noticia de que los Seguros de asistencia sanitaria (Sanitas, Adeslas, etc) han aumentado un 8% (10'5 millones de pacientes en total). El que más ha sido DKV, que incluso está abriendo clínicas... Lo achacan a los recortes de la pública.

Por abundar más la difícil situación creada, la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) está preocupada ante el borrador de la futura **Ley de Mutuas**, pues “permitirá a las mutuas colaborar con la Sanidad Pública asumiendo pruebas y tratamientos” lo que la FNCP estima “gravemente lesivo” para sus centros y además que “este concurso no sería en condiciones de igualdad” (ref. Diario Médico, 14-21/abril/2014). Tampoco es difícil suponer que esto forma parte del plan de desmantelamiento de la Sanidad Pública unido al hostigamiento de los establecimientos privados...hasta su desaparición para ser sustituidos / “expropiados” y finalmente controlados por otro modelo de gestión “mas eficiente”... para los “inversores”.

Se presume que esto también forma parte de una táctica que proyecta un el futuro en el que los hospitales, ya públicos, ya privados, cada vez habrá más administrativos y menos personal sanitario como trabajadores fijos, pasando a convertirse en una “espacio común” de utilización múltiple y ocasional por profesionales autónomos (cirujanos, anestelistas, médicos consultores, anatomopatólogos, radiólogos ...) en el contexto de la “fiebre” “externalizadora” que ve en “la salud” un negocio con gran futuro, marco en el que se inscribe el *hospital empresa*, cuyo objetivo no es la Salud Pública ni la satisfacción de las necesidades de las personas, sino la cuenta de resultados a través de su volumen de negocio, cuyo flujo de capital esta garantizado al tratarse de gastos forzados / forzosos para la población en general, lo que aprovecha esas despreciables sanguijuelas.

Lo que sigue es una “mêlée” de la evidencia presente y la (mi) *tentación prospectiva*... “El año 2016, antes de la caída del gobierno, fue especialmente duro, como consecuencia de la “política” de “privatización de la gestión” iniciada con anterioridad. Gran número de centros públicos sufrieron recortes brutales. Servicios de hospitales prácticamente desmantelados, cuando no cerrados. Considerables rebajas salariales, y en una segunda fase, muchos médicos fueron despedidos de su antiguo puesto, pasando a ser trabajadores autónomos, para llamarlos semanalmente *por horas*”. /// “En el ámbito quirúrgico, surgieron centros de gestión privada tutelados por grandes grupos de inversión. Lo que les interesa son las *cosas sencillas*, “los mete-saca” de quirófano. Se diagnostica, se incluía en lista quirúrgica y sólo operan “lo rentable”. Los pacientes complejos y demás patologías difíciles se envían al Hospital Publico de la misma área asistencial. También se importan profesionales extranjeros algunos de dudosa preparación, cuyos títulos en cualquier caso no son homologables para el ejercicio de las especialidades correspondientes.”. /// “En los centros sanitarios cada vez hay más administrativos y menos personal sanitario. La legión de chupatintas se ocupa de “Gestión”, “Gestión”, “Gestión” para que los “buitres” pueden tener más beneficios. Su meta no es la satisfacción del paciente, la calidad en el trabajo, la investigación, sino unos beneficios de año en año mayores. Esto sólo se consigue con una asistencia al enfermo cada vez más limitada, “recortada”, en suma de mala calidad, bajo un maquillaje para que la apariencia no consiga que la mayoría no perciban la realidad. /// Un control exhaustivo del gasto. Todos los meses los médicos han de dar una relación del material utilizado, medicamentos recetados, con su justificación detallada. “Unos guantes para todo el día” se lamenta algún sanitario. Se fijan unos límites, que si se sobrepasan se penalizan al facultativo reduciéndole el monto económico de su *productividad*. Otro tanto les sucede a los médicos con práctica ambulatoria si derivan “muchos” pacientes al hospital. La presión asistencial en lar urgencias absolutamente desbordada, insoportable. Las consecuencias ante eventuales desgracias lo sufre el paciente, y el traslado de responsabilidades va directamente al “pringado” del médico. En medio de tanto caos las muertes en los pasillos de los hospitales se suceden. Las demandas judiciales por “errores médicos” se dispararon. Los abogados montan guardia en las puertas de los centros sanitarios .. /// Se suspenden infinidad de consultas, avisando a los pacientes el día anterior indicando que se le dará nueva cita. Hay a pacientes a los que se les ha reprogramado la consulta hasta en ocho o diez o más veces. /// Total incapacidad para solucionar las incidencias de mantenimiento. Si hay una fuga de agua o se atascan los servicios se tardan meses en repararlos./// Lo curioso de todo esto es que el *gasto público* dedicado a la sanidad no ha disminuido. Todo lo contrario, teniendo que inyectar más dinero público. En algunos casos tal gasto aumentó excesivamente. De cualquier modo en la administración de esos recursos más de un 30-40-50 % se lo repartían las empresas privadas de gestión de la cosa pública: los amigos del gobierno. Ya lo habían

dicho: La crápula del *mundo del dinero* ya está pensando en la “industria de la salud”. Que “invertir en salud”, va a ser un buen negocio. . Algunos “albañiles” tienen aspiraciones más altas. Gente tan obscura y libertina pretende manosear la Medicina. Los que fueron “príncipes” del ladrillo y de otras oscuras ocupaciones ahora tienen nuevas inquietudes. Siendo así, si lo que quieren es que el *derecho a la Salud* se queda reducido a una estética, entonces digan abiertamente que hay que **modificar la Constitución**.... Para los más necesitados la *beneficencia* espera.”. Ref. Sueños. Fragmentos de [Crónica del día después. La Rebelión de esclavos de Europa-Sur. Octubre 2017. De la Privatización de la Asistencia Sanitaria a una Revolución Social.](#) (Otro día más).

Epílogo

Todo esto es significativo de lo ya dicho. “Un atropello continuado y progresivo a las víctimas por accidente de tráfico (VAT) es una práctica que se viene observando desde hace varios años. La represión del colectivo asegurador se puede observar en los sucesivos *Baremos de Secuelas*, cada vez más limitativos en el monto indemnizatorio de dichas secuelas, con la introducción de sucesivas reformas que han ido apareciendo, con la complicidad de los títeres parlamentarios. /// Si esto es ya de por sí muy grave, tal ansia depredadora se proyecta además igualmente en la prestación de la **Incapacidad Temporal** y en la **Asistencia Sanitaria**. Ahora, descaradamente “van-por” la asistencia sanitaria. Buscan todos los medios para negar cualquier tipo de prestación a las víctimas de los accidentes de tráfico, en su triple vertiente, asistencia sanitaria, incapacidad temporal y secuelas, como cuando invocan criterios de nexo causal que se apartan por completo del rigor mínimo que exige la práctica médica. (Ref.- *Latigazo cervical y otras lesiones vertebrales. Protocolo de los Indecentes. I.- Un “asalto” programado en tres fases.* www.peritajemedicoforense.com, julio/2013).

Con esta “estrategia” la patronal aseguradora de España (UNESPA) y los de su “banda” buscan dar “un golpe” con doble efecto, junto a otros “colaterales” (propiciar el despojo de la red hospitalaria privada). Pagar poco por la asistencia al paciente, poniendo en riesgo su diagnóstico; pagar todavía *menos que poco* a la hora de fijar las secuelas. La “hoja de ruta” consiste en *exploración exigua -> diagnóstico precario -> indemnización miserable* para las víctimas de los accidentes de tráfico.

Los Jueces seguro que en su rectitud serán capaces de desvelar la perfidia que se esconde en este tipo de proposiciones. Un gesto más de la *tiranía económica* llevada en distintos ámbitos a extremos insoportables. Peligrosos para el mantenimiento de la necesaria homeostasis social.

La Justicia es el último reducto de los ciudadanos para resolución pacífica de los conflictos. Les *enfants de la patrie* y los “brigadistas” del “general” VOLTAIRE en el ejercicio de su paciencia no esperan menos. El CASAT es una extensión más de *proyecto* PAF de la Patronal Aseguradora de España, que con leves retoques aguarda su elevación parlamentaria. Y que sólo puede ser suscrito por el PIPI de los CACA del Profesor UNESPA.

Miguel Rodríguez Jouvencel
mrjouvencel@gmail.com
06/mayo/2014

