

Una mala práctica

La No Autorización de nuevas exploraciones o intervenciones por parte de la Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (hoy en día denominadas Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social) o Entidades Aseguradoras

Con cierta frecuencia se observan situaciones (accidente laboral, accidente de tráfico, y otras) en las que la Mutua de Accidentes de Trabajo, Entidad Aseguradora..., el médico (o equipo médico) que desde el principio del proceso se le encarga el diagnóstico, el seguimiento y tratamiento del paciente, llegado a un momento la entidad de que se trate no autoriza una determinada exploración o/y tratamiento, dando a entender que se han agotado las posibilidades terapéuticas. Siguen tres casos, muestra resumida referido.

CS1.- Accidente tráfico. Lesión, entre otras, en hombro izquierdo. Diez meses más tarde el especialista en traumatología, que hace el seguimiento de la paciente desde el principio dada su evolución propone realizar una **artroscopia del hombro afectado**. No obstante la entidad aseguradora no la autoriza. Ante esta negativa el mismo facultativo propone el alta.

De esta forma su criterio profesional se ve desautorizado. A partir de ese momento el Médico propone el alta; y no es porque el paciente haya agotado sus posibilidades de tratamiento, sino porque la entidad aseguradora no permite al mismo médico realizar una artroscopia, De esta forma al facultativo no le cabe más seguimiento y ve agotada su capacidad de maniobra, para hacer un mejor diagnóstico de la patología del hombro, y a la vista de esa exploración realizar incluso el tratamiento oportuno.

Aclaraciones.- La artroscopia permite (hubiera permitido en este caso) “ver el hombro por dentro” haciendo un diagnóstico más preciso de la articulación. Además, en atención a lo que se objective, se puede aplicar directamente un tratamiento correctivo quirúrgico, puesto que la mayor parte de las estructuras del hombro son accesibles por artroscopia.

Por eso, insistiendo, es por lo que el médico propone el alta médica, aunque en realidad sin saber si el proceso del hombro realmente constituía una secuela (esto es, daño estable e irreversible que no se puede beneficiar de algún tratamiento); o por el contrario podría aún proporcionarle un remedio, en atención a los resultados de la artroscopia que quería practicar el especialista, una vez hubiera podido diagnosticar con más precisión y en su caso corregir quirúrgicamente

CS2.- Accidente laboral. Lesiones en Codo derecho (paciente diestro). Intervenido quirúrgicamente 4 meses después del accidente. En atención a sus antecedentes y evolución hasta el momento, el cuadro clínico corresponde a una Epicondilitis Lateral Crónica. Al año de la intervención el traumatólogo informa de una “mala evolución” y que (en su criterio) “las posibilidades

terapéuticas están agotadas”, aconsejando “valoración centro especializado en miembro superior”. La Mutua de accidentes no lo autoriza.

CS3.- Accidente de Trabajo, en octubre, sufriendo Politraumatismo grave. En diciembre desde el Centro de Traumatología que trata al paciente (enviado por su Mutua de Accidentes) emite el siguiente Diagnostico: (a) “Lesión compleja de partes blandas inguinoescrotal, tratamiento quirúrgico, Cirugía plástica”; (b) “Rodilla izquierda:fractura de cabeza del peroné y edema óseo de meseta tibial externa”; (c) “Fractura vertical de pala iliaca izquierda”; (d) “Fractura de ambos pedículos de L5”; (e) “Fractura vertical del margen ipsolateral izquierdo del sacro (SS)”

El seguimiento en el Centro de Traumatología el especialista en agosto del año siguiente indica que el paciente refiere mejoría, pero aún persistiendo clínica radicular MII/miembros inferiores”. “Recomendación: continuar tratamiento Rehabilitador. Control posterior a las 8 semanas” (es decir, a mediados de octubre). No obstante la Mutua ya el 7 de julio emite un informe estableciendo “Secuelas”, lo que parece que no es procedente, ya que todavía está a tratamiento. Al paciente la Mutua el día 04 de octubre le retiraran definitivamente el tratamiento de fisioterapia y rehabilitación, en contra del criterio del especialista (del Centro elegido por la Mutua).

Denegación de una asistencia correcta. Estas conductas (que no son aisladas) desautorizando a los facultativos a los que las Mutuas o Entidades referidas confían la asistencia de los lesionados, para que después en un momento cortar la continuidad de la misma asistencia en la forma que propone el especialista en cuestión, no resultan admisibles, más aún cuando cabe todavía mejorar el estado del paciente, y en suma cuando todavía no estás agotadas las vía de diagnóstico y tratamiento.

No poner los medios necesarios en beneficio del paciente, escatimar los mismos medios o ponerlos en práctica tardíamente son conductas reprochables, que en buena lógica abundan la gravedad de las lesiones así como las de las secuelas que pudieran resultar.

En cualquier caso, aún cuando se haga la exploración o/y el tratamiento tiempo después, como al cabo de meses, no cabe duda que las posibilidades de recuperación del enfermo disminuyen, o incluso ya se ha cerrado la puerta a cualquier tipo de tratamiento. Esto evidentemente supone una grave daño para el paciente, con consecuencias con varias proyecciones.

Relacionado con la anterior interesa referirse a estas dos resoluciones judiciales:

* “Una Mutua pagará a un trabajador 50.000 euros por mala praxis en tratamiento de una lesión de hombro” (2017), según una sentencia del Juzgado de Primera Instancia nº 7 de Albacete que condena a una Mutua laboral a indemnizar con 50.129 euros (más intereses de demora) **por el retraso en el diagnóstico y tratamiento de una lesión en**

en hombro. El accidente se produjo en **abril/2013**. Dada su mala evolución, en **septiembre** acudió una vez más a la Mutua, que lo citó para la realización de una resonancia magnética, infiltración con corticoides y otros. El **7 de noviembre** al notar un bulto en el brazo mientras trabajaba acudió de nuevo a los servicios médicos de la Mutua. Y el **15 de enero de 2014**, tras una exploración, se detectó que el tendón de la porción larga del biceps estaba roto y que era "tarde para conseguir la re inserción del tendón por haberse retraído, como confirmó luego el especialista de hombro del Hospital General de Albacete".

* El Tribunal Superior de la Xunta de Galicia /TSXG condena a una Mutua de accidentes a indemnizar con 300.000 euros a un joven de 35 años por los daños y perjuicios derivados de la "mala praxis" asistencial en el tratamiento de una hernia discal tras sufrir un accidente de trabajo / fallo 18 abril 2022.

En la sentencia, entre otras cosas, se recoge que el accidente se produce en julio/2015, con "daño severo en la espalda". Ante el fracaso del tratamiento por parte de la mutua, se le realiza una primera intervención quirúrgica en el mes de octubre, "de la que no consta protocolo quirúrgico de la cirugía ni informe reglado de alta". "Ante la falta de consistencia y explicación en los informes de la demandada y codemandada" y las periciales medicas practicadas para la Sala "son suficientes para afirmar como probado que el tratamiento asistencial prestado al paciente supuso una actuación de clara mala praxis". "La primera respecto de la que poco sabemos y lo que se sabe hace suponer que la cirugía pudiera haber sido incompleta, y que la evolución clínica desfavorable pudiera deberse, no tanto a una recidiva de hernia discal, como a una fracasada liberación radicular, la mala técnica quirúrgica aplicada en la segunda intervención y **el retraso/demora en el diagnóstico y resolución** de la iatrogenia provocada, confirmándose el nexo causal entre dicho proceso asistencial y las secuelas del mismo".

Observaciones.- El hombro es una articulación compleja, delicada. Con frecuencia da lugar a dificultades, errores o/y retrasos diagnósticos. Es por ello que el facultativo ha de extremar las medidas de seguimiento en estos casos desde el principio, empezando por una correcta escucha del paciente (como las circunstancias en que se produjo la lesión) exploración clínica rigurosa, tanto inmediata como complementaria. /// Puede sufrir lesiones de partes blandas con frecuencia, lesiones esqueléticas y una combinación de las dos anteriores. Lleva esto al diagnóstico diferencial entre distintas entidades patológicas, como lesiones del manguito de los rotadores; bursitis subacromial; tendinitis, roturas bicipitales; trastornos escapulohumerales; capsulitis adhesiva; artrosis; lesiones del rodete glenoideo, osteonecrosis... Las exploraciones de imagen (RX, Ecografía, TAC, Resonancia Magnética, Gamma Grafía ósea) ofrecen una resolución distinta según el tipo de patología.

Para una mayor información pueden ver los siguientes trabajos: *Dolor selectivo del hombro y dolor en el hombro por irradiación* (www.peritajemedicoforense.com / 18/09/2018). *Actividades con especial riesgo: mecánicos, jardineros y agricultores, peluqueras y otras.* *Lesiones del hombro de origen profesional* (www.peritajemedicoforense.com /10/abril/2021).

Apéndice.- Los criterios médicos quedan desautorizados muy a menudo, a veces de forma clara y otras más tangencialmente. En cualquier caso el paciente ante estas situaciones ha de buscar un asesoramiento adecuado y diligente, lo que le puede evitar sin duda sufrimientos morales así como un posible largo contencioso.

El texto que sigue ha sido facilitado por un lector de esta web. Por su interés y utilidad para el colectivo que visitan esta página se añade al trabajo anterior.

1.-En la actuación de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, ahora denominadas Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, por un accidente de trabajo (sea o no por hechos derivados del tráfico) se debe siempre solicitar por escrito la historia clínica completa (desde el principio) incluyendo las pruebas de imagen que pudieran existir, así como el curso evolutivo cada cierto tiempo en tanto dura el proceso y hasta el final.

No debe pasar inadvertido que tales Mutuas tienen el carácter de entidades sin ánimo de lucro, financiadas por las primas abonadas por las empresas asociadas que recauda la Tesorería General de la Seguridad Social, y, lo que resulta esencial, de "colaboradoras de la Seguridad Social", sometidas, por lo tanto, a control del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Cabe queja ante el mismo y sus Órganos inferiores.

El tratamiento, control y seguimiento de los pacientes puede ser llevado a cabo por uno o más facultativos. Parece deseable que sea uno, con el fin de que sea vean favorecidas las tareas de coordinación así como una mayor cercanía en la relación médico-paciente.

El desacuerdo con un alta prematura es muy frecuente (y los abogados tiene gran experiencia en ello). Caso de disconformidad con el alta, ésta puede ser impugnada, teniendo la última palabra los Tribunales de Justicia, de hecho en la propia notificación del alta se recogerá el régimen de impugnación.

Ante el **desacuerdo con falta de pruebas médicas** (así como su demora), cabe queja y reclamación por posible mala praxis, judicial y deontológica. Todos los informes médicos y evolutivos deben recoger la identidad de los profesionales sanitarios actuantes, médico, fisio, etc. La idoneidad o no de la práctica de otras pruebas, o nueva baja por recaída, queda sometida finalmente a decisión judicial

2.- Médicos de las Mutuas.- No es nada infrecuente que su criterio médico suele ser *vencido* por el de la Mutua, su empleador, Dirección Médica, etc. Si no lo es y se respeta, en realidad tanto en un caso como en otro *quien actúa* es la Mutua, por lo que si hay divergencias entre médicos y criterio de la Mutua, puede o no deducirse del estudio de la Hª Cª. Estas situaciones entran en el ámbito de la responsabilidad médica, deontológica (Colegios Médicos) y administrativa, de la propia Mutua. Como en otros casos la necesidad de acreditación hace imprescindible la prueba pericial médica.

3.- Entidades aseguradoras. El control de las aseguradoras se ejerce desde el Ministerio de Economía, a través de la DGSFP (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones) quien cuenta con un Servicio de atención de quejas y reclamaciones, resolviendo el expediente de reclamación con audiencia y alegaciones de las partes, agotada la fase previa de reclamación interna a la aseguradora y al Defensor del Asegurado han venido actuando bajo el *principio proasegurado* como parte más débil

de un *contrato de adhesión* como es el de seguro, sin perjuicio de que ha existido una evolución en su aplicación, no precisamente favorable en numerosos casos a aquél.

3.1- Ante la “propia” aseguradora del lesionado.- Caso de disconformidad se aconseja formular queja, reclamación interna ante la aseguradora (en las pólizas de seguro se suele recoger) y si no es atendida se puede reiterar ante el Defensor del Asegurado; y si sucede lo mismo ante Servicio de Reclamaciones de de la DGSFP. No obstante sus dictámenes no son vinculantes para las aseguradoras y, va de suyo, que acudir a la instancia judicial desde el principio no significa que haya que seguir este camino. Lo mismo sucede con sus dictámenes, pueden ser objeto de revisión judicial, aconsejándose no apurar ni perder de vista los plazos de prescripción de acciones judiciales.

Mientras tanto si se requiere asistencia médica externa, el afectado habrá de acudir a la Sanidad pública o privada, y reclamar después. La Dirección general de Seguros y DGSFP publica sus dictámenes según los ramos. La cantidad de reclamaciones que se resuelven y las aseguradoras afectadas, incluso sancionadas, dan una idea del volumen de conflictividad en este campo, el reclamante no deja de ser un consumidor y resultar afectado por las cláusulas de un contrato de seguro, que no nos vamos a engañar la mayoría de la población no reparamos en ello ni en las consecuencias de ignorarlo *motu proprio*, debiendo pedirse asesoramiento a la aseguradora o al corredor antes de su firma y durante su vigencia.

3.2.- Ante la aseguradora contraria. Si deniegan tratamientos o pruebas, no queda más remedio que dejar constancia de la disconformidad, acudir a servicios médicos externos y reclamar igualmente.

4.- Médicos, Centros Médicos y peritos colaboradores de entidades aseguradoras. Sea cual sea el criterio médico y del Centro de Rehabilitación que atienden al lesionado, necesita el visto bueno previo del Departamento de Siniestros de la aseguradora en concreto que tendrá asignado un tramitador o un inspector al siniestro en cuestión. Cabe que la aseguradora asuma el criterio médico porque además muchas de ellas tienen médicos internos en esos Departamentos de Siniestros, y Daños Personales en particular (o nombres similares) a quienes acudir en casos controvertidos fundamentalmente, y si hay divergencia decide el Departamento, que, a fin de cuentas, ha provisionado, dotado el siniestro con arreglo a criterios médicos del sistema tabular. El perito médico, si luego quiere emitir informe y actuar como tal no puede ordenar tratamiento médico en el sentido del pronunciamiento de numerosos Tribunales diferenciando, en definitiva, la asistencia médica de la pericia propiamente dicha.

5.- Divergencias de médicos internos y externos a la Mutua en atención a informes y prescripciones contradictorias. Como en los casos referidos constituyen una demostración importante para plantear una queja y reclamaciones, sin olvidar el aspecto deontológico. El criterio empresarial de la aseguradora o asistencial de la Mutua no exime a cualquier facultativo de observar el *Juramento Hipocrático*, ni tampoco puede vulnerar la Ley de Derechos y Obligaciones del Paciente (Artículo 21 y concordantes / Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) legislación sanitaria y general complementarias así como las estatal y autonómica en materia de derechos de y usuarios y consumidores.

6.- Conclusiones

6.1. Mutuas Patronales

- (a) La decisión con respecto al paciente debe ser médica. Lo contrario es una perversión del sistema.
- (b) El paciente no puede quedar en manos de decisiones empresariales ajenas a los criterios clínicos de un ejercicio profesional correcto.
- (c) Muchos pacientes no reclaman y “montan el follón al médico” de eso se quejan y con razón. Lo más razonable y aconsejable resulta encauzar las quejas y peticiones escritas por las vías previstas en la Leyes y las que aconseje dejar constancia de las atenciones, lo cual a su vez da un respaldo a las actuaciones de reclamación.
- (d) Urge corregir con firmeza las actuaciones poco éticas de Mutuas y aseguradoras, que palíen abocar al paciente a la resignación o a la litigiosidad extenuante.
- (e) Al paciente se le somete a un sufrimiento añadido al de la propia dolencia, en muchas ocasiones a lo largo del proceso de tratamiento.

6.2.- Aseguradoras

- (a) Someterse al control de la aseguradora, cuando el ramo no obliga a utilizar sus propios facultativos o Centros es una cosa y otra bien distinta, si es posible económicamente, la libertad de elección de tratamiento, facultativos, profesionales y peritos.
- (b) El lesionado puede asesorarse libremente acudiendo a centros / profesionales privados, puesto que se combinan la necesidad de reponer su salud, controlar el siniestro frente a la aseguradora de forma médico-legal y abordar con garantías las reclamaciones con visión global del caso.
- (c) El siniestro puede y debe ser controlado con una sistemática de estudio e integración cronológica de lesiones, evolutivo y decisiones hasta la estabilización lesional y tras ella con una valoración pronta y realista. La maquinaria empresarial de la aseguradora sigue sus protocolos de información, dotación, desviaciones, comunicaciones.
