Lo que la compañía de seguros no le dirá después de una lesión de trabajo

Esta página es información general sobre cómo se manejan comúnmente los reclamos de compensación de trabajadores en California. No es asesoría legal sobre su caso, y leerla o comunicarse con nosotros no crea una relación de abogado y cliente. Cada reclamo y cada administrador de reclamos es diferente.

El ajustador que maneja su reclamo no trabaja para usted. Las compañías de seguros y los administradores de reclamos se dedican a pagar lo menos que permite la ley, y el sistema les da muchas maneras de lograrlo. Las tácticas que siguen son comunes, legales o casi legales, y la mayoría de los trabajadores lesionados no las ven venir.

La primera llamada amistosa

Poco después de que usted reporta la lesión, alguien llama para “escuchar su versión”. El tono es cordial y servicial. La llamada muchas veces se graba, y las preguntas se eligen con cuidado: lesiones anteriores, pasatiempos, actividades de fin de semana, si “realmente” pasó en el trabajo, si le dolió “tanto”.

Las consecuencias: Todo lo que diga puede compararse después con sus expedientes médicos y su testimonio. Un comentario de paso sobre una vieja lesión deportiva, o restarle importancia a su dolor para parecer fuerte, puede usarse para negar el reclamo, culpar a una condición anterior o poner en duda su credibilidad.

“Su reclamo está en investigación”

El administrador de reclamos tiene hasta 90 días después de presentado el formulario de reclamo para aceptarlo o negarlo (Código Laboral, sección 5402(b)). Muchos usan cada uno de esos días. Mientras el reclamo está pendiente, la ley limita la responsabilidad del empleador por el tratamiento a $10,000 (sección 5402(c)), y muchas veces los cheques por incapacidad temporal no llegan.

Las consecuencias: Puede pasar meses sin sueldo y con tratamiento limitado mientras se acumulan las cuentas. Algunos trabajadores se dan por vencidos, regresan a trabajar lastimados o usan su propio seguro médico, lo que después puede crear gravámenes y confusión.

El médico de la compañía

La mayoría de los empleadores usan una Red de Proveedores Médicos, y la primera cita suele ser en una clínica ocupacional elegida por el empleador o la aseguradora. Muchas de estas clínicas atienden a un gran volumen de pacientes enviados por aseguradoras y dependen de ese negocio.

Las consecuencias: Exámenes rápidos, un diagnóstico de “esguince” o “torcedura”, regreso temprano a trabajo completo, e informes que después

se convierten en la prueba de la aseguradora de que usted no está gravemente lesionado.

Tratamiento negado por un médico que nunca lo vio

Cuando su médico pide una cirugía, una resonancia, terapia o medicamentos, la solicitud pasa a revisión de utilización. Un médico revisor, pagado por la aseguradora o a través de ella, lee los papeles y decide si el tratamiento es “médicamente necesario”. Nunca lo examina a usted. En la mayoría de los casos la decisión debe darse dentro de 5 días hábiles, y la única apelación es la Revisión Médica Independiente, que debe pedirse dentro de 30 días.

Las consecuencias: La atención necesaria se retrasa por meses o se niega por completo. Si se vence el plazo de la Revisión Médica Independiente, la negación generalmente se mantiene por 12 meses, a menos que cambie su condición o sus circunstancias.

Declararlo “permanente y estacionario” antes de tiempo

Cuando un médico informa que usted alcanzó la máxima mejoría médica, la aseguradora puede suspender la incapacidad temporal y pasarlo a pagos por incapacidad permanente, que muchas veces se pagan a una tarifa semanal más baja. Las aseguradoras suelen presionar para obtener ese informe lo antes posible, a veces cuando todavía hay partes del cuerpo sin tratar o sin aceptar.

Las consecuencias: Su ingreso baja de un día para otro. El tratamiento puede irse reduciendo. La calificación de incapacidad permanente puede basarse en un cuadro incompleto, y las condiciones que nunca se trataron pueden quedar fuera del caso por completo.

Cheques tarde y suspensiones repentinas

El primer pago por incapacidad temporal se debe dentro de 14 días después de que el empleador se entera de la lesión y de la incapacidad, y luego cada dos semanas. Los pagos tardíos tienen un aumento automático del 10 por ciento, y una demora injustificada puede llevar a una multa de hasta el 25 por ciento (Código Laboral, secciones 4650 y 5814). Para muchas aseguradoras, esos costos son simplemente parte del negocio.

Las consecuencias: Renta atrasada, pagos del carro atrasados y presión para aceptar un arreglo barato o regresar a trabajar antes de estar listo.

Dejar que se acabe el tiempo

Para la mayoría de las lesiones, la incapacidad temporal tiene un límite de 104 semanas dentro de cinco años desde la fecha de la lesión (Código Laboral, sección 4656). Las disputas, las autorizaciones lentas y las evaluaciones médico legales tardadas van consumiendo ese tiempo.

Las consecuencias: Un trabajador que todavía no puede trabajar puede llegar al límite con el caso sin resolver y sin ningún ingreso.

Vigilancia y redes sociales

Las aseguradoras contratan investigadores para grabar en video a los trabajadores lesionados en lugares públicos: cargando el mandado, jugando con sus hijos, trabajando en el jardín. También revisan publicaciones y fotos públicas en redes sociales.

Las consecuencias: Unos minutos de video en un día bueno, mostrados sin contexto, pueden usarse para acusar al trabajador de exagerar o de fraude, dañar su credibilidad ante los médicos y el juez, y bajar el valor del caso.

La enfermera administradora de casos en el consultorio

Algunas aseguradoras asignan una enfermera administradora de casos que ofrece “ayudar a coordinar su atención” y pide asistir a sus citas médicas y hablar en privado con su médico.

Las consecuencias: La enfermera trabaja para la aseguradora. Su presencia y sus conversaciones con su médico pueden influir en las decisiones de tratamiento y en las restricciones de trabajo a favor de la aseguradora.

Culpar a su edad, a su pasado o a la “degeneración”

La ley de California exige que la incapacidad permanente se reparta según su causa (Código Laboral, sección 4663). Las aseguradoras alegan con frecuencia que parte de su incapacidad viene de la edad, la artritis, cambios “degenerativos” en una resonancia, una lesión antigua o su peso.

Las consecuencias: Su indemnización por incapacidad permanente puede reducirse en un porcentaje grande, aunque usted no tuviera síntomas ni limitaciones antes de la lesión de trabajo.

Papeles con plazos escondidos

Los trabajadores lesionados reciben un flujo constante de cartas y formularios: avisos de beneficios, decisiones de revisión de utilización, listas de paneles de QME, registros de expedientes. Muchos tienen plazos cortos, algunos de apenas 10 días, escondidos en un lenguaje denso.

Las consecuencias: Si se le pasa un plazo, puede perder el derecho a elegir a su QME, a objetar expedientes, a impugnar una negación de tratamiento o a disputar una calificación. El trabajador que no entiende el aviso es quien paga las consecuencias.

Perder el trabajo después de la lesión

Despedir o castigar a un trabajador por tener una lesión de trabajo es ilegal (Código Laboral, sección 132a). Aun así, las ofertas de trabajo modificado pueden desaparecer, los puestos se “eliminan” y se despide a trabajadores cuando sus restricciones se vuelven inconvenientes.

Las consecuencias: Pérdida de ingresos, pérdida del seguro médico del empleador y un camino más difícil para volver a trabajar.

El arreglo rápido

Cuando la aseguradora tiene los números que quiere, puede ofrecer un arreglo, muchas veces con una suma global que compra su derecho a atención médica futura por la lesión. La oferta suele presentarse como un buen trato y como una manera de terminar con el sistema.

Las consecuencias: Si después se necesita cirugía, medicamentos o tratamiento, el trabajador lo paga, o se queda sin él. Los gravámenes por incapacidad estatal u otros beneficios pueden descontarse del arreglo, y un arreglo que parecía grande al principio puede dejar poco al final.

Esperar a que se venzan los plazos

El empleado debe avisar de la lesión dentro de 30 días (Código Laboral, sección 5400), y por lo general el reclamo debe presentarse dentro de un año desde la fecha de la lesión o desde el último beneficio recibido (sección 5405). Las demoras largas, las promesas vagas y las respuestas lentas pueden llevar a un trabajador a pasarse de esas fechas.

Las consecuencias: Un reclamo válido puede perderse por completo, no por sus méritos, sino por el calendario.

En resumen

Nada de esto significa que todos los ajustadores actúen de mala fe. Significa que el sistema está construido en torno a los intereses de la aseguradora, y que la aseguradora conoce las reglas mucho mejor que el trabajador.