

2 ...en materia de seguros

*Javier López García de la Serrana
Abogado – Doctor en Derecho.
Director de HispaColex*

707. GASTOS SANITARIOS. ACCIÓN DE SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO DE LOS ARTÍCULOS 82 LCS Y 1.158 CC

Sentencia del Tribunal Supremo de 26-02-10
Ponente: Sr. Seijas Quintana

1. Introducción

Nos encontramos ante el común supuesto en el que se viene a reclamar los gastos médicos y sanitarios ocasionados por un lesionado como consecuencia de un accidente de tráfico, con la diferencia o atipicidad de que en este caso el lesionado era el responsable del mismo.

La Sala entiende, que en este caso los gastos ocasionados no pueden ser reclamados a la Compañía de Seguros del vehículo por ser el responsable del siniestro y no tener la condición de tercero responsable, realizando una interpretación de los art. 82 LCS y 1158 del CC.

2. Supuesto de hecho

Por parte de la Compañía de Seguros Adeslas, S.A. se interpuso demanda de juicio ordinario, contra Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., alegando los hechos y fundamentos de

derecho que consideró de aplicación, suplicando al Juzgado que se dictara sentencia por la que se declarara que la póliza suscrita entre Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. y un tercero cubre el 100% de los gastos de la asistencia sanitaria requerida para tratar las lesiones padecidas por ese tercero a raíz del accidente, en segundo lugar que condenara a la demandada al pago de la cantidad de ciento cuarenta y ocho mil ciento noventa y cinco euros con setenta y ocho céntimos de euro (148.195,78 euros) más los intereses legales y todo ello con expresa condena en costas.

Por la representación procesal de Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., se contestó a la demanda oponiendo los hechos y fundamentos de derecho que consideraron de aplicación, suplicando al Juzgado que dictase sentencia por la que se desestimase íntegramente la demanda for-

mulada absolviendo de todos los pedimentos expuestos anteriormente, con expresa imposición de las costas a la actora.

Finalmente la Ilma. Sra. Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia número 43 de Madrid, dictó sentencia con fecha seis de mayo de 2005, cuya parte dispositiva estimó íntegramente la demanda interpuesta por la representación procesal de la Compañía Aseguradora Adeslas S.A. contra la entidad aseguradora Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., con expresa imposición de las costas a la demandada.

Se interpuso recurso de apelación por la representación procesal de La Entidad Allianz Compañía de Seguros y reaseguros S.A.. La Sección Décimo-Octava de la Audiencia Provincial de Madrid, dictó sentencia con fecha 8 de febrero de 2006, en la que se desestima en su integridad el recurso de apelación, con imposición en costas al recurrente.

Contra la expresada sentencia se preparó y después se interpuso recurso de casación por la representación procesal de Allianz Cía. de Seguros y Reaseguros S.A.

con apoyo en los siguientes motivos: En primer lugar se alegó, la infracción del art. 82 de la LCS, al haberlo aplicado indebidamente, por no concurrir el requisito de ajeneidad necesario para interponer una acción contra un tercero responsable. En segundo lugar, infracción del art. 1158 del CC y la Jurisprudencia que lo interpreta, aplicándolo indebidamente, por cuanto no concurren los requisitos exigidos para que proceda la acción de reembolso o in rem verso, no existiendo precepto legal que regule el principio de especialidad entre diferentes contratos. Los motivos tercero y cuarto la infracción de los artículos 1257 y 1281 del Código Civil, en relación con el art. 1 y 103 de la LCS, por no haber sido aplicados al no ser partes de ninguna obligación contractual de donde pudieran derivarse derechos y obligaciones. Remitidas las actuaciones a la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, por auto de fecha 22 de julio de 2008, se acordó admitir el recurso interpuesto y dar traslado a la parte para que formalizaran su oposición en el plazo de veinte días. Admitido el recurso y evacuado el traslado conferido, la representación de la Compañía de Seguros Adeslas S.A. presentó escrito de impugnación al mismo.

3. Argumentación Jurídica

La parte actora, Compañía de Seguros Adeslas S.A., ejerce acción por subrogación en la posición de su asegurado para reclamar de la aseguradora Allianz Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. los gastos de asistencia sanitaria originados por un accidente de tráfico, haciéndolo al amparo del art.

82 de LCS y del art. 1158 del CC. El accidente ocurre al perder el asegurado el control de su vehículo y colisionar contra una farola de alumbrado público, sin intervención de terceros. La Sentencia de Primera Instancia estima la demanda en su totalidad. Para ello acoge la acción de reembolso ejercitada por la actora regulada en el art. 1158 del CC y no la del art. 82 de LCS al considerar que siendo la entidad demandada la entidad aseguradora del propio asegurado no tiene la cualidad de "tercero causante del siniestro" como exige el precepto referido. Añade, en cuanto a la cláusula 1º 5 apartado e) de la póliza del contrato de seguro, que contiene una limitación de 6.010,12 euros cuando la asistencia se preste en centros médicos clínicos o por médicos no designados por Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. es una cláusula limitativa de derechos del asegurado al no haber sido expresamente aceptada por el asegurado. Recurre en apelación la parte demandada alegando como infringido el art. 1158 del CC al entender que la compañía demandante no puede tener la condición de tercero a los efectos de reclamar la acción in rem verso prevista en el citado artículo puesto que el abono de la prestación sanitaria lo hizo en virtud de una obligación previamente asumida en contrato por el que recibió una contraprestación. Dispone la sentencia recurrida que por aplicación del principio de especialidad que se desprende de lo dispuesto en los Art. 82 y 83 de LCS, al tratarse de lesiones causadas en un accidente de circulación, ha de hacer frente al pago de los gastos de asistencia sanitaria la entidad

aseguradora del vehículo siniestrado, esto es, la demandada, siendo plenamente aplicable el art. 1158 del CC. Asimismo considera limitativa de derechos la cláusula 1.5 apartado e) del contrato de seguro suscrito con Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. y no, como aduce la recurrente, como delimitadora del riesgo, añadiendo que no se ha producido el supuesto que permitiría la aplicación de la reducción de la cantidad de la que debe responder Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.

Pues bien, el primer motivo del recurso de casación se funda en la infracción del art. 82 LCS, considerando la entidad impugnante que ha sido indebidamente aplicado por no concurrir el requisito de ajeneidad necesario para interponer una acción contra un tercero responsable, puesto que Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. es la entidad aseguradora del propio lesionado, motivo que es estimado por el Tribunal Supremo, ya que entienden que en los seguros de personas el asegurador aun después de pagada la indemnización no puede subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro, exceptuando de esta regla lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria. No existe, por tanto, ningún mecanismo de subrogación del asegurador frente al tercero responsable, a excepción de lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria, que en los seguros de personas, como los de asistencia sanitaria, permiten al asegurador, una vez que los ha pagado, ejercitar las acciones y derechos que por razón del

CONCLUSIONES

Plantea esta Sentencia un tema más que interesante en su aspecto jurídico-práctico, sobre todo por ser tan común el presente supuesto de hecho. Deja clara la interpretación del art. 82 de la LCS y la condición de tercero responsable necesaria para ejercitar la acción de subrogación y reembolso. Esta sentencia es más que beneficiosa para las Compañías de Seguros de automóviles, ya que en aplicación de esta doctrina del Tribunal Supremo, no tendrán que correr con los gastos sanitarios de un lesionado cuando no sean los “terceros responsables”, entendiendo por estos aquellos que son ajenos al asegurado.

En nuestra opinión, la interpretación que realiza la Sala del art. 82 de la LCS es muy novedosa a la vez que restrictiva, no dejando dudas de los supuestos en los que los gastos médicos pueden ser reclamables y en los que no, entendiendo que una misma cobertura de un riesgo realizada por dos Compañías de Seguros distintas, no supone una situación de subrogación, simplemente son dos obligados a una misma casuística, ya que el primer pagador lo hace no de forma voluntaria, sino en cumplimiento de un contrato suscrito entre ambos.

siniestro correspondan al asegurado frente al tercero responsable de la enfermedad o del accidente que deba responder, hasta el límite de los gastos cubiertos por el asegurador.

Es decir, el Tribunal Supremo exige para la subrogación en este tipo de seguros la existencia de un tercero causante del siniestro a quien poder reclamar el importe de los gastos de asistencia sanitaria, lo que en este caso no ocurre al no existir este tercero responsable del siniestro, pues aún teniendo la actora la consideración de perjudicada por la cobertura asistencial dada a su asegurado, no tiene acción contra este, que es acreedor frente a ella de la prestación sanitaria, ni la com-

pañía de seguros demandada tiene la condición de tercero responsable del accidente, al amparo de este artículo o en el ámbito de las acciones propias de la Ley General de Sanidad (artículo 83) y de la Seguridad Social (artículo 127), entendiendo como tercero responsable a aquel, ajeno al propio asegurado, que está obligado a responder por la acción que determina la asistencia sanitaria, ya que fue el conductor el único responsable del accidente que originó las prestaciones cubiertas por la demandante, y la demandada, su aseguradora.

En referencia al segundo motivo alegado, la Sala entiende que la sentencia infringe también el artículo 1158 del CC, por cuanto

no concurren los requisitos exigidos para que proceda la acción de reembolso. La Jurisprudencia de la Sala interpretando el artículo 1158 del CC, ha determinado de manera inequívoca y unánime que, para que sea de aplicación tal precepto y proceda la acción de reembolso, se requiere que quien realice el pago lo haga de manera voluntaria y no tenga ninguna obligación de hacerlo, por relación contractual o por relaciones derivadas de normas específicas, es decir, que realice el pago, no por sí y en su propio beneficio o en cumplimiento de una obligación propia, sino por cuenta de otro y en beneficio de éste, a fin de obtener el reembolso de lo satisfecho, como establecen numerosas sentencias del mismo Tribunal, de 5 de marzo de 2001, de 29 de octubre, de 4 de noviembre de 2003 y de 20 de diciembre 2007, entre otras. En este caso, la entidad ahora recurrida paga la deuda que se ha generado por la asistencia sanitaria en los distintos Centros Médicos en los que ha estado ingresado por el hecho de estar afiliada la víctima a la MUFACE, y tener adscrita Compañía de Seguros Adeslas S.A. la asistencia sanitaria por el concierto suscrito entre ambas, por lo que al hacer frente a este gasto, no cumplió una obligación ajena sino propia, ya que la realización de esta trae causa de la obligación que resulta del aseguramiento concertado, y responde a un criterio de imputación de responsabilidad objetiva en cuanto deriva del mero hecho de precisar su asegurado asistencia sanitaria en el marco de las obligaciones contractualmente asumidas. El principio de especialidad en el aseguramiento al que

acude la sentencia para dotar de contenido legítimo la pretensión formulada, no tiene reflejo en la Ley ni es el instrumento jurídico adecuado para hacer efectivo el derecho reconocido en el artículo 1158 CC.

Tampoco está recogido en la jurisprudencia de la Sala, para el caso de concurrencia de dos seguros que cubran la asistencia sanitaria de las víctimas de accidente de circulación, y no existe ninguna razón lógico-jurídica que permita sostener que del mismo deriva una acción autónoma directa para repetir los gastos así satisfechos o subrogarse en el lugar del asegurado para dirigirse frente a la otra aseguradora, que no es tercero responsable del

accidente, ni se encuentra subrogada legal o contractualmente en las obligaciones de tal tercero. Se trata de dos coberturas diferentes, o de una situación de doble aseguramiento, de distinta naturaleza, pero con el mismo fin de garantizar el mismo riesgo de la asistencia sanitaria del asegurado, sin que la respectiva condición de uno y de otro –obligatorio y voluntario– otorgue una relación de subordinación o preeminencia de uno sobre otro, o una mayor o menor especialidad en la cobertura de la asistencia sanitaria, que permite que lo satisfecho por el asegurador de uno pueda repercutirlo sobre el asegurador del otro.

La Sala no se pronuncia sobre el motivo tercero y cuarto, por-

que entiende que la admisión de los dos primeros hace innecesario el análisis de los demás formulados y comporta la estimación del recurso y consiguiente casación de la sentencia, con imposición de las costas causadas solo en la primera Instancia.

4. Legislación y jurisprudencia citadas.

Artículo 1, 82, 83 y 103 de la Ley 50/1980, del Contrato de Seguro.

Los artículos 1.158, 1257 y 1281 del Código Civil.

Sentencias del Tribunal Supremo de de 5 de marzo de 2001, de 29 de octubre, de 4 de noviembre de 2003 y de 20 de diciembre 2007.