

Año 58 / N°1 /
Enero 2022

rc

www.inese.es

REVISTA DE
RESPONSABILIDAD
CIVIL Y SEGURO

Análisis de la modificación de la Directiva 2009/103/CE del Seguro de RC de Automóviles

ISMAEL SOLERA CALLEJA
Abogado



EL ÁMBITO TEMPORAL PARA LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN FUERA DEL ÁMBITO CIRCULATORIO | LAS MUTUAS LABORALES NO PUEDEN RECLAMAR A LAS ASEGURADORAS LOS GASTOS SANITARIOS FUTUROS A TRAVÉS DE LA TGSS | ARRENDAMIENTOS DE VIVIENDAS PARA USO TURÍSTICO | RESPONSABILIDAD DEL SUPERMERCADO POR LAS LESIONES DERIVADAS DE UNA CAÍDA DE UN USUARIO | ALCANCE DE LA INTERVENCIÓN PROVOCADA DE UN AGENTE CONSTRUCTIVO POR UN DEMANDADO INICIAL

...en materia de seguros

LAS MUTUAS LABORALES NO PUEDEN RECLAMAR A LAS ASEGURADORAS LOS GASTOS SANITARIOS FUTUROS A TRAVÉS DE LA TGSS.

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 17 de diciembre de 2020.

Ponente: María Elisa Gómez Álvarez

**Javier López García
de la Serrana**

*Abogado – Doctor en Derecho
Director de HispaColex*

por las mismas o, cuando estando protegidas, corresponda a un tercero su pago por cualquier título, así como los originados por prestaciones indebidamente satisfechas, son recursos públicos del sistema de la Seguridad Social adscritos a aquéllas, por lo que podrán ser recaudados a través de la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS).

Por tanto, en el presente caso, lo que se discute por la aseguradora -que ya ha abonado los gastos futuros al Sistema Público de Salud en cumplimiento del referido artículo 114 mencionado-, es si la Mutua ostenta o no título jurídico para reclamar vía TGSS dichos gastos sanita-

rios futuros, si previamente no se le ha reconocido en un procedimiento declarativo tal derecho.

2.- SUPUESTO DE HECHO

El presente recurso tiene como antecedentes el accidente "in itinere" sufrido por un trabajador cuando circulaba con su motocicleta, con otro vehículo asegurado por la entidad aseguradora que actúa como recurrente en el presente procedimiento. A consecuencia de dicho siniestro, su Mutua Laboral había dispensado al lesionado la asistencia sanitaria, cuya consolidación y estabilización lesional fue fijada el 21 de diciembre de 2016 por el Instituto de Medicina Legal, ge-

nerándose unos gastos que fueron reclamados a la aseguradora del vehículo responsable, que únicamente aceptó las facturas devengadas hasta el momento de la estabilización del lesionado, rechazando los gastos futuros, que ya habían sido abonados al sistema público de salud en virtud del artículo 114 de la LRCSCVM.

Tras dicha negativa, la Mutua de accidentes procedió a remitir la supuesta deuda a la TGSS para que, por vía de apremio, instase la vía ejecutiva, por lo que una vez notificada a ésta, la aseguradora procedió al pago para evitar el embargo e inmediatamente se interpuso el correspondiente recurso de alzada. Tras entenderse producido el silencio administrativo, por la representación procesal de la aseguradora se interpuso recurso contencioso-administrativo contra la Resolución de la TGSS que desestimó el recurso de alzada interpuesto contra la reclamación de deuda por importe de 76.147,61 euros, en concepto de dichos gastos asistenciales prestados por la Mutua.

La parte recurrente centra sus alegaciones en que la Mutua pretende que se le reintegren los gastos de asistencia sanitaria generados con posterioridad a la fecha de consolidación o estabilización lesional, que había sido fijada en el 21 de diciembre de 2016 por el Instituto de Medicina Legal, por lo que en base a ello, la aseguradora abonó a la citada Mutua la cantidad de 73.828,01 €, por los gastos correspondientes a la asistencia sanitaria dispensada por aquella

hasta la fecha indicada considerando la recurrente que los gastos a partir de esa fecha, serían de asistencia futura, y habrán de ser cubiertos por el Sistema Público de Salud y por ende, habrán de ser abonados al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Alega la recurrente que la Mutua carece de título jurídico para trasladar la deuda a la Tesorería, que actúa como caja única y lleva la gestión recaudatoria de manera meramente instrumental, limitándose a gestionar el cobro, pero no analiza si la cantidad es o no debida, causándole indefensión al carecer de un procedimiento administrativo ante la Tesorería, en el cual, pudiera probar la improcedencia de la reclamación, puesto que los gastos de referencia han sido ofertados, abonados y aceptados por el SERMAS, tal y como se recoge en el artículo 114 de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro de Circulación de Vehículos a Motor y por aplicación del Convenio Marco entre el SERMAS, UNESPA y CONSORCIO, para la atención de la asistencia sanitaria futura a los lesionados en accidentes de tráfico, solicitando en el suplico de la demanda la anulación de la resolución impugnada y ordenando a la Tesorería la devolución de la cantidad abonada por la actora.

La Administración correspondiente se opuso a la demanda y manifestó que la reclamación de deuda discutida en el presente recurso tiene su causa en el artículo 84.2 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprue-

ba el Texto Refundido de la Ley de Seguridad Social, en relación con el artículo 82 del mismo texto legal. Añade, que de dicha legislación se deduce inequívocamente que la Tesorería tiene un mero carácter instrumental y accesorio del verdadero fondo de la cuestión, que no es otro, que la obligación de reintegro emitida por la Mutua frente a la aseguradora, y en cuanto a la procedencia de tal reclamación se trata de una cuestión a dilucidar entre la recurrente y la Mutua, no frente a la Tesorería. Es decir, el importe de los créditos ha sido liquidado por la Mutua, que ha hecho nacer el crédito por unas cantidades no satisfechas por la recurrente, cumpliendo con su obligación de reclamar previamente a la Aseguradora su pago, solicitando en el suplico de la demanda la desestimación del recurso y la confirmación de la resolución impugnada.

La Mutua codemandada se opone igualmente a la demanda y señala, que el accidente de tráfico fue calificado como accidente de trabajo, concurriendo la responsabilidad de un tercero asegurado con la demandante, por lo que en aplicación del artículo 168 de la Ley de Seguridad Social y el artículo 84.2 del mismo texto legal, se entiende que el título jurídico que demanda la norma viene dado por el requerimiento de pago a la obligada a satisfacer dicha cantidad, que al no haberla hecho efectiva, la Mutua trasladó la deuda generada con el Sistema de Seguridad Social a la Tesorería, en la medida que tales importes no son

sino prestaciones de la propia acción protectora del Sistema, y añade, que la intervención de la Tesorería es meramente instrumental, solicitando en el suplico de la demanda -al igual que la Administración- que se confirme la resolución impugnada.

3.- ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

Para la resolución del presente recurso, resulta imprescindible traer a colación los artículos alegados y discutidos por las partes. En concreto, resulta controvertido el artículo 84.2 del Real Decreto Legislativo 8/2015, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Seguridad Social. Dicho precepto señala que: "Los derechos de crédito que se generen a consecuencia de prestaciones o servicios que dispensen las mutuas a favor de personas no protegidas por las mismas o, cuando estando protegidas, corresponda a un tercero su pago por cualquier título, así como los originados por prestaciones indebidamente satisfechas, son recursos públicos del sistema de la Seguridad Social adscritos a aquellas.

El importe de estos créditos será liquidado por las mutuas, las cuales reclamarán su pago del sujeto obligado en la forma y condiciones establecidas en la norma o concierto del que nace la obligación y hasta obtener su pago o, en su defecto, el título jurídico que habilite la exigibilidad del crédito, el cual comunicarán a la Tesorería General de la Seguridad Social para su recaudación con arreglo al procedimiento establecido en esta ley

y en sus normas de desarrollo.

Los ingresos por servicios previstos en el artículo 82.2 dispensados a trabajadores no incluidos en el ámbito de actuación de la mutua, generarán crédito en el presupuesto de gastos de la mutua que presta el servicio, en los conceptos correspondientes a los gastos de la misma naturaleza que los que se originaron por la prestación de dichos servicios".

De igual forma, resulta relevante para la resolución del presente recurso el artículo 114 de la LRCSCVM, por el que se establece lo siguiente:

"1. Los gastos de asistencia sanitaria futura serán abonados por las entidades aseguradoras a los servicios públicos de salud conforme a la legislación vigente y los convenios o acuerdos suscritos, dentro de los límites establecidos en la tabla 2.C.1 y el lesionado podrá recibir las prestaciones de asistencia sanitaria por parte de centros públicos o, por parte de centros sanitarios privados que hayan suscrito conciertos con los servicios públicos de salud, también conforme a lo estipulado en dicha legislación y convenios.

2. Las entidades aseguradoras y los servicios públicos de salud podrán suscribir acuerdos específicos al objeto de facilitar el pago a que se refiere el apartado anterior y garantizar las prestaciones sanitarias a los lesionados. Los servicios públicos, a su vez, podrán concertar la asistencia sanitaria futura con centros privados que cuenten con los medios materiales y hu-

manos necesarios y suficientes para prestarla.

3. Las entidades aseguradoras abonarán a los servicios públicos de salud los gastos que garanticen la asistencia sanitaria futura con carácter vitalicio, aun en caso de traslado temporal o definitivo de residencia u otros supuestos que puedan suponer un cambio del centro de asistencia, dentro del marco del régimen de prestaciones previsto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud".

Por tanto, la sentencia que resuelve el presente recurso viene a conjugar la aplicación conjunta de ambos preceptos. Es decir, en el supuesto que examinamos no se discute la existencia del accidente "in itinere" ni que la asistencia sanitaria recibida por el trabajador haya sido prestada por la Mutua de Accidentes. Tampoco se discute que la aseguradora haya abonado a la referida Mutua los gastos de tratamientos médicos y sanitarios recibidos por el lesionado hasta la consolidación o estabilización lesional, que ha sido fijada en la fecha de 21 de diciembre de 2016 por el Instituto de Medicina Legal y cuya cantidad ascendió a 73.828,01 €.

La controversia en el presente caso se contrae a la obligación de pago de los gastos médicos y sanitarios futuros, es decir, los devengados por la asistencia médica y sanitaria al lesionado, con posterioridad a la fecha de consolidación o estabilización lesional, pues mientras la actora entiende que

conforme al artículo 114 de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro de Circulación de Vehículos a Motor y la aplicación del Convenio Marco, deben ser abonados al SERMAS, considera la Mutua, que la recurrente mantiene una deuda con ella por ese concepto que no le ha sido abonada.

Pues bien, resuelve la sentencia analizada, que la referida controversia entre la mercantil actora y la Mutua excede del conocimiento de esta jurisdicción, ya que se trata de una cuestión estrictamente privada que debe ser dilucidada en la jurisdicción civil, como así lo han entendido varias sentencias de juzgados unipersonales de Coruña, Vigo y Oviedo, aportadas estas últimas por la actora, entre las que se encuentra la dictada por el Juzgado N° 6 de Oviedo, de fecha 13 de diciembre de 2018. En dicha sentencia, se parte del tenor literal del citado artículo 84.2 del Real Decreto Legislativo 8/2015, según el cual no puede entenderse, como parecen hacerlo tanto la Tesorería como la codemandada, que la mera reclamación al obligado por parte de la Mutua habilite a la Tesorería para generar esa reclamación de deuda, sino que es necesaria la existencia de un título jurídico, pues lo contrario supondría generar indefensión a la deudora, ya que la intervención de la Administración en este caso -como reconocen todas las partes litigantes-, es instrumental, en tanto procede a emitir la reclamación sin poder entrar a examinar si procede o no esa deuda o su importe.

Por otra parte y abundando en esta idea, la modificación acaecida en la propia Ley, avala la tesis de la recurrente, pues si se compara el precepto antedicho (84.2) con el artículo 71.5 de la derogada Ley de Seguridad Social, se evidencia claramente una modificación sustantiva, ya que el precepto derogado no requería de un título jurídico para recaudar la deuda por la Tesorería, sino que disponía "Los créditos que se generen a consecuencia de atenciones, prestaciones y servicios que dispensen las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social a favor de personas que carezcan de derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social o cuando, ostentando el mismo, exista un tercero obligado a su pago, son recursos del Sistema de la Seguridad Social adscritos a aquéllas y tienen el carácter de recursos de derecho público.

El importe de estos créditos será liquidado por la Mutua, que instará su pago del sujeto obligado al mismo en la forma, plazos y condiciones establecidos en la norma o concierto del que nazca la obligación. La falta de pago de la deuda dará lugar a su recaudación por la Tesorería General de la Seguridad Social, con arreglo a lo establecido en la presente Ley y en sus normas de aplicación y desarrollo".

En esta comparativa legal se puede comprobar claramente, que en la anterior legislación no se exigía la concurrencia de título jurídico para que la Tesorería procediera a la recaudación,

título que sí se requiere en la actual Ley de Seguridad Social, aprobada por Real Decreto Legislativo 8/2015.

Llegados a este punto, hemos de añadir que en virtud del artículo 114 de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro de Circulación de Vehículos de Motor, -precepto en el que se apoya la actora para rechazar la deuda liquidada por la Mutua-, la aseguradora afirma haber abonado esas cantidades al SERMAS, mientras que la Mutua, considera que es ella la acreedora de la cantidad reclamada por haber prestado esos servicios sanitarios.

Luego, en este caso, al existir discrepancia entre las partes, como se deduce de la documental aportada y del propio expediente, por las razones expuestas, la Mutua ha debido acudir a la jurisdicción civil para dirimir la controversia, como parece haberlo hecho en otras ocasiones (según refiere una de las sentencias aportadas). De hecho -continúa la sentencia- en el formulario de reclamación de deuda de la Tesorería se observa una casilla referida a la fecha de la resolución, acuerdo o sentencia, aportados por la Mutua (folio 1 del expediente). Pero en este caso, solo consta en las actuaciones como título jurídico la liquidación controvertida de la Mutua, existiendo una manifiesta oposición e impugnación por la recurrente, según consta en los escritos dirigidos por ésta a la codemandada.

En consecuencia, existiendo esa discrepancia fundada entre ambas partes, la TGSS no puede

llevar a cabo esa acción meramente instrumental, sin que se acredite mediante título jurídico para ello. Cualquier otra conclusión supondría generar indefensión a la actora, ya que a pesar de oponerse por motivos razonables -independientemente de que prosperen- no pueden ser examinados por no existir cauce para ello, porque se insiste que la actuación de la TGSS es meramente instrumental y procede a emitir una reclamación de deuda por el importe fijado por la Mutua. Tampoco la deudora dispone de cauce adecuado para probar la inexistencia de la deuda reclamada, como sostiene en su demanda, de ahí el exigir un título jurídico que habilite la exigibilidad del crédito, requisito que no concurre en este caso.

Por todo lo hasta ahora expuesto y al no haberse basado la reclamación de la deuda por parte de la Tesorería General en un título jurídico apropiado, como pudiera ser una resolución judicial civil, procede la estimación del presente recurso y anular las resoluciones impugnadas.

4.-LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

Artículos 82 y 84.2 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Seguridad Social.

Artículo 114 de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro de Circulación de Vehículos de Motor

CONCLUSIONES

Esta sentencia viene a abordar dos cuestiones muy importantes para el sector asegurador en materia de gastos médicos y asistenciales derivados de accidentes laborales, pues, por un lado, plantea hasta qué punto la TGSS tiene título suficiente para efectuar la reclamación en nombre de la Mutua Laboral, de todos los gastos médicos que no han sido abonados por la aseguradora responsable del siniestro laboral. A este respecto, la sentencia considera que no es suficiente título la reclamación de la deuda que haya efectuado la Mutua Patronal y la haya remitido para su cobro a la TGSS. Es necesario concretar y fijar dicha deuda previamente, por ejemplo, mediante una resolución civil que fije e identifique las cuantías reclamadas y las considere debidas.

Y por otro lado se analiza la dimensión del art. 114 de la LRCSCVM, donde se indica que los gastos sanitarios futuros se deben abonar al Sistema Sanitario Nacional. En virtud de dicho precepto, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid deja fuera a las mutuas laborales y considera que, una vez que está estabilizado el lesionado, cualquier gasto médico pasa a ser considerado como gasto sanitario futuro y, por tanto, debe ser abonado al Sistema Sanitario Nacional, pues será quien previsiblemente asuma dicha prestación.

En definitiva, esta sentencia sienta un precedente muy importante bajo un criterio que desde nuestro punto de vista resulta acertado, dejando claro que las Mutuas no pueden utilizar a la TGSS como medio instrumental para reclamar los gastos sanitarios si previamente no han sido determinados, de forma que, en supuestos como el que nos ocupa, no tendrán la opción de acudir a la TGSS para solicitar el pago de los gastos que no se abonan, sino que tendrán que acudir a la vía judicial -en este caso una vía civil-, de forma que se garantiza a la aseguradora la posibilidad de oponerse y defender sus argumentos sin causarles indefensión.