

Audiencia Provincial

AP de Islas Baleares (Sección 3ª) Sentencia num. 448/2007 de 20 noviembre

Seguro.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 513/2007

Ponente:Ilmo. Sr. D. Carlos Gómez Martínez

AUD.PROVINCIAL SECCION N. 3

PALMA DE MALLORCA

SENTENCIA: 00448/2007

Rollo: RECURSO DE APELACION 0000513 /2007

SENTENCIA Nº 448

ILMOS. SRES.

PRESIDENTE:

D. CARLOS GOMEZ MARTINEZ

MAGISTRADOS:

Dª Mª ROSA RIGO ROSSELLO

D. GUILLERMO ROSSELLO LLANERAS

En PALMA DE MALLORCA, a veinte de Noviembre de dos mil siete.

VISTOS por la Sección Tercera de esta Audiencia Provincial, en grado de apelación, los presentes autos de juicio ORDINARIO, seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia número 9 de Palma, bajo el número 1279/2006, ROLLO de SALA número 513/2007, entre partes, de una como demandada apelante AGRUPACION MUTUA, representada por la Procuradora Sra. y asistida de la letrada Sra.; de otra, como actora apelada SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES,

representada y asistida por el SR. LETRADO DE LA COMUNIDAD AUTONOMA.

ES PONENTE el Ilmo. Sr. PRESIDENTE DON CARLOS GOMEZ MARTINEZ.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO

.- Por el Ilmo. Sr. Magistrado Juez del Juzgado de Primera Instancia número 9 de Palma, se dictó sentencia en fecha 24 mayo 2007 , cuyo Fallo es del tenor literal siguiente: "Estimar parcialmente la demanda interpuesta por el Letrado del Servicio de Salud de las Islas Baleares condenando a Agrupación Mutua a abonar la cantidad de 30.976,5 euros, más intereses legales desde la fecha de la demanda hasta su pago.- Cada parte abonara sus costas y las comunes pro mitad."

SEGUNDO

Contra la expresada sentencia, y por la representación de la parte demandada, se interpuso recurso de apelación, que fue admitido y seguido el recurso por sus trámites se señaló para el día 19 de noviembre actual la deliberación, votación y fallo, quedando el recurso concluso para sentencia.

TERCERO

En la tramitación del presente recurso se han observado las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

Se aceptan los de la resolución dictada en anterior grado jurisdiccional mientras no se opongan a los que siguen.

PRIMERO

.- Doña tenía concertada póliza de seguro de enfermedad con la entidad "Agrupació Mútua del Comerç i de la Indústria, Mútua d'Assegurances i Reassegurances a Prima Fixa".

El 29 de mayo de 2005 la Sra. ingresó en la Policlínica Miramar de esta Ciudad, establecimiento hospitalario incluido en el cuadro médico de la póliza, naciendo su hijo en un parto normal.

A las cuarenta horas de vida el niño comenzó con vómitos meconiales presentando retraso en la expulsión de meconio diagnosticándosele una obstrucción mecánica ileal por lo que, de acuerdo con el Servicio de Neonatología del Hospital de Son Dureta se decidió su traslado a este último centro, en el que fue intervenido e ingresado después en la UCI, generándose unos gastos que, mediante el presente

proceso, el Servicio de Salud de les Illes Balears reclama a la entidad aseguradora, con base en lo establecido en los artículos 83 de la Ley General de Sanidad y 127 de la Ley General de la Seguridad Social.

A esta pretensión se opuso la demandada aduciendo que la "Agrupació Mútua del Comerç i de la Indústria, Mútua d'Assegurances i Reassegurances a Prima Fixa" no es tercero responsable y, por tanto, no puede ejercitarse contra ella acción alguna de reembolso; que los padres del recién nacido eran afiliados a la Seguridad Social, por lo que nos hallamos ante un supuesto de doble cobertura, en el que no cabe el reembolso; que el caso de autos no constituía una urgencia por cuanto el niño ya se estabilizó en la Policlínica Miramar en donde realmente se llevó a cabo la asistencia de urgencia que ya abonó la entidad aseguradora demandada a dicho establecimiento hospitalario; y, finalmente que el seguro no es de asistencia sanitaria sino de enfermedad y es, por tanto, un seguro de reembolso al que no resulta de aplicación el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro que es el que prohíbe que la póliza excluya las asistencias de carácter urgente, por ello, en todo caso, el montante del reembolso deberá ajustarse a los límites establecidos en la meritada póliza.

La sentencia de primera instancia, que estima parcialmente la demanda deduciendo de la suma reclamada un exceso en el que se había incurrido al computar el importe de los días de baja hospitalaria, constituye el objeto de la presente apelación al haber sido recurrida por la parte demandada cuya dirección letrada, en el escrito de interposición del recurso reitera, ahora como motivos de apelación, los argumentos que ya esgrimiera en primera instancia para oponerse a la pretensión articulada en su contra.

SEGUNDO

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva de la aseguradora en este tipo de acciones de reembolso, debe recordarse que el mencionado artículo 83 de la Ley 14/1986, General de Sanidad establece que "los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria, en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca el tercero obligado al pago, tendrán la consideración de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención de estos pacientes. A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieren atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el costo de los servicios prestados".

Esta última frase no puede entenderse en el sentido que propugna la apelante, es decir, necesidad de que la prestación sanitaria tenga su origen en hechos que impliquen responsabilidad civil o penal de un tercero, sino simplemente que exista una persona, distinta del asistido, con obligación de soportar el costo de la prestación sanitaria, es decir, "obligado al pago", tal como literalmente dice el párrafo primero del mismo artículo.

Esta interpretación ha sido avalada y confirmada por la disposición adicional vigésima segunda del Real Decreto Ley 1/94, de 20 de junio, por la que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, así como por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en el que con un evidente sentido interpretador e integrador de estos preceptos legales y sin contravenirlos, establece en su artículo 3, que la asistencia sanitaria a que se refiere su anexo II podrá ser realizada en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, pero que no obstante y conforme a lo previsto en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad y a la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, procederá la reclamación del importe de los servicios realizados a los "terceros obligados al pago". En el citado anexo II se recogen y describen los supuestos en los que procede realizar esta reclamación, finalizando con un apartado 6º, bajo el epígrafe de "otros obligados al pago", en el que textualmente se dice, "Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, otros seguros públicos o privados o responsabilidad de terceros por las lesiones o enfermedades causadas a la persona asistida, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes y no con cargo a los fondos comunes de la Seguridad Social o de los Presupuestos Generales del Estado adscritos a la sanidad".

En consecuencia, procede entender que en el caso de autos la entidad "Agrupació Mútua del Comerç i de la Indústria, Mútua d'Assegurances i Reassegurances a Prima Fixa" es uno de esos terceros obligados al pago en virtud de un seguro privado frente a los cuales el Servicio de Salud de les Illes Balears puede ejercitar la acción prevista en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad.

TERCERO

La posición de este tribunal sobre la influencia que en este tipo de acciones pueda tener la doble cobertura en la compañía aseguradora privada y en la Seguridad Social, ha quedado establecida en las sentencias de 15 de junio y 13 de octubre de 1998 en las que esta misma Sección ya dejó sentado lo que sigue:

"A. El precepto de referencia (artículo 83 de la Ley General de Sanidad) no puede

ser interpretado en el sentido de que en el caso de que un afiliado a la Seguridad Social suscriba un seguro pactado de asistencia sanitaria, quede exonerado el INSALUD (en Baleares IBSALUD) de sus obligaciones respecto a aquél.

B. Pero tampoco la norma puede ser interpretada, en el sentido de que por darse la circunstancia de que el paciente que recibe atención en un centro hospitalario público esté afiliado a la Seguridad Social, el Insalud (ahora el IBSALUD) quede privado en cualquier caso de la posibilidad de reembolsarse el coste de la asistencia sanitaria, pues de ser así el artículo que comentamos quedaría vacío de contenido.

C. El precepto invocado por el Insalud (o Administración Pública competente) como fundamento legal de su pretensión será de aplicación en el caso de que exista un tercero causante de que el afiliado a la Seguridad Social deba recibir asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, de cuyo coste pretende resarcirse la Administración Pública que le atendió".

CUARTO

Entiende esta Sala que la asistencia prestada por el Hospital de Son Dureta era de carácter urgente y, por tanto, susceptible de ser encuadrada dentro de las previsiones del artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro . Así:

A. El doctor, en su informe obrante al folio 16 de las actuaciones describe la intervención practicada al neonato en la que se objetiva una atresia ilial y se efectúa una resección y anastomosis término-terminal. En juicio añadió que la vida del niño corría peligro y que no había ningún otro centro en la Isla en el que se le pudiese tratar de su enfermedad, habiendo permanecido en la UCI de neonatos durante 30 días después de la intervención.

B. Este parecer fue ratificado por doña que supervisó la redacción del informe de alta y que señaló, en su declaración, que el niño se hallaba en situación de urgencia cuando fue derivado al Hospital de Son Dureta de manera que de no haber sido intervenido hubiera sufrido numerosas complicaciones.

C. El propio perito de la demandada don reconoció en el acto del juicio oral que el recién nacido fue estabilizado en la Policlínica Miramar, pero que debía ser intervenido dentro de las siguientes veinticuatro horas, lo que permite considerar este caso, sin ninguna duda, como una urgencia.

D. Así lo ha entendido este mismo tribunal en la sentencia de 13 de octubre de 1998 relativa a un caso como el de autos, de traslado obligado de un recién nacido al servicio de neonatología de Son Dureta, y la Sección 5ª de esta Audiencia Provincial en su sentencia de 21 de enero de 2001 en un supuesto semejante.

QUINTO

El artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro establece que "los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurador, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente".

Pues bien, para la parte apelante dicho precepto no es aplicable a un seguro de enfermedad como el de autos ya que en él la entidad aseguradora no se obliga a prestar servicios sanitarios directamente al paciente sino a reembolsárselos dentro de unos límites que deben ser respetados.

Sin embargo, no puede olvidarse que el artículo 106 de la Ley de Contrato de Seguro dispone que "los seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria quedarán sometidos a las normas contenidas en la sección anterior en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros"; y entiende el tribunal que el artículo 103 anterior es perfectamente compatible con el seguro de enfermedad. Es más, el contenido económico del seguro de asistencia sanitaria y el de enfermedad es el mismo. En ambos la aseguradora se obliga a hacerse cargo de las consecuencias patrimoniales de la enfermedad, en la primera prestando "in natura" la asistencia sanitaria, y en la otra abonando el precio de esa misma atención médica al profesional o centro que la proporcione. En ambos casos la función económica del contrato, su causa, es la misma: evitar que el importe de la prestación de un servicio sanitario haya de ser abonado por el asegurado o, mejor dicho, sustituir el abono de dicho servicio por el pago de la prima.

SEXTO

Dado lo establecido en el artículo 398 de la Ley de Enjuiciamiento Civil , y siendo la presente resolución desestimatoria del recurso de apelación, procederá condenar a la parte recurrente al pago de las costas causadas en esta alzada.

FALLAMOS

Se desestima el recurso de apelación interpuesto por la procuradora de los tribunales doña, en nombre y representación de "Agrupació Mútua del Comerç i de la Indústria, Mútua d'Assegurances i Reassegurances a Prima Fixa" contra la sentencia dictada el día 24 de mayo del año en curso por el Ilmo. Sr. Magistrado del Juzgado de Primera Instancia número 9 de Palma de Mallorca en el Juicio Ordinario del que el presente Rollo dimana.

En consecuencia, se confirma en todos sus extremos dicha resolución, con expresa

imposición al apelante de las costas de esta alzada.

Así, por esta nuestra sentencia, definitivamente juzgando en esta alzada, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACION.- Dada y pronunciada fué la anterior Sentencia por los Ilmos. Sres. Magistrados que la firman y leída por el/la Ilmo. Magistrado Ponente en el mismo día de su fecha, de lo que yo el/la Secretario certifico.

PUBLICACIÓN: En la misma fecha fue leída y publicada la anterior resolución por el Ilmo. Sr/a. Magistrado que la dictó, celebrando Audiencia Pública. Doy fe.

DILIGENCIA: Seguidamente se procede a cumplimentar la notificación de la anterior resolución. Doy fe.