

# Audiencia Provincial

## AP de La Rioja (Sección 1ª) Sentencia num. 129/2007 de 2 mayo

**SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA:** reclamación de cantidad: procedencia: gastos médicos generados por la asistencia a un participante en actividades deportivas organizadas por el Ayuntamiento: siniestro cubierto en la póliza: la sanidad pública puede repercutir estos gastos a la aseguradora que los garantizaba: necesaria asistencia de carácter urgente: falta de acreditación de que la asistencia en el centro no concertado respondiera, exclusivamente, a una decisión del beneficiario lesionado.

**Jurisdicción:**Civil

Recurso de Apelación 376/2006

**Ponente:**Ilmo. Sr. D. José Félix Mota Bello

La Audiencia Provincial de La Rioja **declara haber lugar** al recurso de apelación interpuesto contra la Sentencia de fecha 06-06-2006 dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 5 de Logroño, revocándola en el sentido expuesto en los fundamentos jurídicos de la presente Resolución.

### **SENTENCIA: 00129/2007**

En la ciudad de Logroño a dos de mayo de dos mil siete

VISTO en grado de apelación ante esta Audiencia Provincial, integrada por los Sres. Magistrados indicados al margen, los Autos de PROCEDIMIENTO ORDINARIO 420/2005, procedentes del JDO. DE 1ª INSTANCIA Nº 5 de LOGROÑO, a los que ha correspondido el Rollo 376/2006, en los que aparece como parte apelante, asistido por el Letrado D., y como apelado D.K.V. SEGUROS Y REASEGUROS, SAE., representado por la procuradora D.OÑA, siendo Magistrado Ponente el Ilmo. Sr. DON.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO

Que con fecha 6 de junio de 2006, se dictó sentencia en cuyo fallo se recogía:

"Desestimo la demanda formulada por el en nombre y representación de la Comunidad Autónoma de La Rioja, , contra DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española, y en su virtud absuelvo a dicha demandada de las pretensiones en su contra deducidas."

Que con fecha 23 de junio de 2006, se dictó auto aclaratorio de dicha sentencia en cuya parte dispositiva se disponía:

"Corrijo el error material padecido en la sentencia dictada en el presente procedimiento en fecha 6 de junio de 2006 en el sentido de que DONDE DICE EN EL FALLO: "Desestimo la demanda formulada por el en nombre y representación de la contra DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española, y en su virtud absuelvo a dicha demandada de las pretensiones en su contra deducidas.", DEBE DECIR:

"Desestimo la demanda formulada por el Abogado en nombre y representación de, contra DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española, y en su virtud absuelvo a dicha demandada de las pretensiones en su contra deducidas, con imposición de costas a la parte actora."

## SEGUNDO

Notificada la anterior sentencia a las partes, por la representación de la parte demandante se presentó escrito solicitando se tuviese por preparado en tiempo y forma el recurso de apelación, que fue admitido, con traslado por 20 días a la parte recurrente para que interpusiese ante el Juzgado el recurso de apelación. Interpuesto éste, se dio traslado a las demás partes para que en 10 días presentasen escrito de oposición al recurso o, en su caso, de impugnación de la resolución apelada, en lo que le resultase desfavorable.

## TERCERO

Seguido el recurso por todos sus trámites, se señaló para la celebración de la votación y fallo el día 26 de abril de 2007.

## CUARTO

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

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

### PRIMERO

La sentencia de primera instancia desestima la pretensión planteada por el Servicio Riojano de Salud, en reclamación de los gastos médicos generados por la asistencia

a un participante en actividades deportivas organizadas por el Ayuntamiento de Logroño. Esta práctica deportiva ha sido objeto de una cobertura especial, concertada por la citada Corporación y una entidad aseguradora, a quien se reclaman en este proceso el importe de los gastos sanitarios generados.

En la resolución recurrida se acoge la tesis de la compañía aseguradora, al entender que esta prestación debió ser realizada en uno de los centros concertados por la compañía aseguradora.

En contra de este criterio, en esta apelación, atendiendo al fundamento legal que ampara esta reclamación de cantidad, planteada por la entidad pública que ha cubierto la prestación sanitaria frente a la compañía aseguradora, atendiendo a la unánime doctrina jurisprudencial en la materia, debe revocarse la sentencia dictada en primera instancia y, en su lugar, valorando los hechos en que se funda la demanda, debe estimarse íntegramente esta pretensión en la forma que a continuación se expondrá. Todo ello teniendo en cuenta que este planteamiento defensivo no se opone frente al tomador del seguro o su beneficiario, sino frente a un tercero, en este caso la entidad pública que ha satisfecho estos gastos.

## SEGUNDO

Con respecto al planteamiento jurisprudencial de esta cuestión, debemos invocar la que al referirse a estas acciones manifiesta que el artículo 83 de la, segundo párrafo, a la hora de reconocer a las Administraciones Públicas el derecho a reclamar los gastos por servicios sanitarios, se habla de "tercero responsable". Esta expresión debe ser entendida en el sentido de 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 y vuelve a reiterar la disposición adicional vigésima segunda de la, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, disposiciones a las que debe añadirse el, 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 y a la disposición adicional 22 del texto refundido de la, procederá la reclamación del importe de los servicios realizados a los "terceros obligados al pago". En el citado anexo II se recoge y describe 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 a prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades a terceros correspondientes y no con cargo a los fondos comunes de la Seguridad Social o de los Presupuestos Generales del Estado adscritos a Sanidad".

De todas estas disposiciones, citadas por el actor, se extrae el principio de que el organismo público actor puede reclamar las prestaciones sanitarias por él efectuadas de cualquier tercero obligado al pago, expresión amplia que viene a indicar que siempre que exista una persona o entidad que legal o reglamentariamente o por virtud de contrato o responsabilidad extracontractual deba asumir el pago de la prestación sanitaria, subsiste este derecho a reclamar.

De forma exhaustiva, recopilando numerosos precedentes de las Audiencias Provinciales, se analiza esta problemática en la en términos que se transcriben literalmente: "...el criterio defendido por la apelante se opone a los precedentes que resultan de nuestras Allí sostuvimos la tesis que nuevamente vamos a transcribir a continuación, pues ninguno de los argumentos esgrimidos por la apelante nos parece de suficiente entidad para modificar el criterio que hemos venido aplicado hasta la fecha, el cual, además, se corresponde con el defendido mayoritariamente por otras Audiencias provinciales.

2. En las tres primeras de las citadas resoluciones, este tribunal sostenía sustancialmente que los gastos de asistencia sanitaria deben correr por cuenta de la aseguradora y no de la Seguridad Social, pues la solución contraria supondría dejar vacío de contenido el seguro concertado con las aseguradoras privadas, las cuales obtendrían un enriquecimiento a costa de un tercero, al percibir la correspondiente prima o precio del contrato sin asumir a cambio ninguna contraprestación con el consiguiente menoscabo económico de las entidades gestoras de la Seguridad Social por la asunción de siniestros que, en buena lógica, no deben soportar. Es de resaltar que, aunque la actora cuenta naturalmente con sus recursos, como mutua patronal de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social, conforme al artículo 68 del texto refundido de la, carece de ánimo de lucro y, según su artículo 68.4, en relación con sus artículos 17 y 80.1, sus ingresos obtenidos como consecuencia de las primas de accidentes de trabajo aportadas por los empresarios asociados a las mutuas, así como los bienes muebles o inmuebles en que puedan invertirse dichos ingresos, forman parte del patrimonio de la Seguridad Social y están afectados al cumplimiento de los fines de ésta. Y si en las tres primeras resoluciones citadas se invocaba el artículo 1.158 del y se ponía de manifiesto la especialidad del riesgo cubierto por el seguro voluntario del automóvil frente a la cobertura general de la seguridad social, a partir de la sentencia de 31-XII-2002 ,

además de invocar el citado principio o criterio de la especialidad del riesgo, venimos razonando el derecho de reembolso partiendo de la misma legislación especial, al señalar que el artículo 83 de la Ley General de Sanidad declara, en su párrafo primero, que no serán financiados con los ingresos de la Seguridad Social los gastos inherentes a la prestación de servicios de asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos otros, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago; y, en su párrafo segundo, que, a estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en los supuestos regulados en el párrafo primero tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados. La expresión tercero responsable no significa que, para dar lugar a la acción de repetición o de reembolso, deba haber una persona que haya causado las lesiones que determinen la asistencia sanitaria, sino que basta que haya un tercero obligado, como puede ser una compañía de seguros en virtud de un seguro de daños o de personas. Así resulta, decíamos en las sentencias de 31-XII-2002 y 11-VI-2003, de una interpretación sistemática del indicado párrafo segundo del artículo 83, de acuerdo con la redacción contenida en su párrafo primero y las normas complementarias sobre la materia: apartado 6 del anexo II del de (de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud) y disposición adicional vigésima segunda de la Ley General de la Seguridad Social. Una interpretación literal de la expresión tercero responsable apoya la anterior tesis, pues responsable, según el diccionario, no es sólo el culpable de alguna cosa, sino también genéricamente el obligado a responder. Este mismo criterio lo reiteramos en las sentencias ya citadas de 27-II-2003 y 13-III-2003, con lo que vinimos a coincidir con el defendido por las de (sección tercera), de (sección cuarta) y de (sección quinta); así como con la sentencia de Audiencia Provincial de Gerona, sección primera, de (que también invoca el principio de especialidad anteriormente aludido) y por la sentencia de la Audiencia Provincial de la Coruña, sección quinta, de, de la que ya nos hicimos eco en nuestra sentencia de 27-II-2003 cuando indicamos que dicha sentencia dice, en realidad, que el último párrafo del citado artículo 83 de la no hace sino establecer una acción directa a favor de las Administraciones públicas sanitarias frente al tercero responsable del coste de los servicios prestados, de manera que el acreedor -entidad sanitaria- no ha de esperar la inactividad de su deudor -el paciente- para reclamar, en el caso que nos ocupa, de su entidad aseguradora el coste de la prestación, puesto que este costo no supone sino la indemnización a que viene obligada cuando se actualiza el riesgo objeto de cobertura por el seguro de asistencia sanitaria suscrito entre el paciente y la referida aseguradora. Añade dicha sentencia que el adjetivo "responsable" que se emplea en el artículo 83 ha de ser entendido como uno de los elementos de toda obligación -deuda y responsabilidad-, de modo que en todos aquellos supuestos en que exista un

tercero obligado al pago, cualquiera que sea la causa de la obligación de ese tercero, los gastos de la prestación no se financiarán con los ingresos de la sanidad pública, sino precisamente por el tercero obligado al pago, que es quien ni presta ni recibe la atención médica. De forma que, como se dice en la sentencia de la Audiencia Provincial de Baleares de "de acuerdo con los anteriores preceptos cabe extraer el principio de que los servicios públicos de salud pueden reclamar las prestaciones sanitarias por ellos efectuadas de cualquier tercer obligado al pago, expresión amplia que viene a señalar que, siempre que exista una persona o entidad que legal o reglamentariamente o por virtud de contrato o, incluso, por responsabilidad extracontractual, deba asumir el pago, subsiste la facultad de reclamación, sin que sea causa legalmente excluyente que el paciente resulte ser afiliado a la Seguridad Social, pues en dichos supuestos los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financian con los ingresos de la Seguridad Social ni con los fondos comunes de los Presupuestos Generales del Estado adscritos a la sanidad, sino que resultan ser a cargo de los terceros responsables u obligados al pago, aunque dicha obligación provenga, cual es el caso de autos, de la existencia de un seguro privado. La acción de reclamación y la correspondiente obligación de pago por el tercero tiene, pues, su origen fundamental en la Ley y seguramente su finalidad responde a la voluntad legal de no destinar fondos adscritos a la sanidad pública cuando las prestaciones sanitarias correspondientes están ya cubiertas por otros mecanismos, ya públicos o privados".

3. Sentado lo anterior, tenemos que la expresión tercero responsable del artículo 127.3 del Texto refundido de la, aplicable tanto al Instituto Nacional de la Salud como a las Mutuas de Accidentes de Trabajo, no puede interpretarse sino del mismo modo que ya ha quedado expuesto en relación con esa misma expresión cuando es empleada en el citado artículo 83 de la, pues ambos preceptos son complementarios y, como se decía en la ti tienen un contenido similar. Por ello, la expresión tercero responsable en el citado artículo 127.3 tampoco significa que, para dar lugar a la acción de repetición o de reembolso, deba haber una persona que haya causado las lesiones que determinen la asistencia sanitaria, sino que basta con que haya un tercero obligado al pago del coste de las prestaciones sanitarias (no cualquier otro gasto), como puede ser una compañía de seguros en virtud de un seguro de daños o de personas en los términos antes explicados."

## TERCERO

Cierto es, y la sentencia de primera instancia se ciñe a este precepto que como dispone el artículo 103 de la "los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurado, 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". El artículo 106 añade 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". El artículo 103 citado, acoge una fórmula flexible, la de "necesaria asistencia de urgencia", que es a lo que atiende la jurisprudencia, y en este sentido se expresa la, que es favorable a la tesis de no aplicación de restricciones al asegurado. Ya en este punto, y tratando de delimitar el ámbito de la póliza, debemos observar que su condicionado contiene una definición de la urgencia (urgencia clínica grave) más restrictiva que la legalmente definida y que contiene también limitaciones de índole temporal que pueden contravenir la previsión legal. Por otra parte, al tratar la cuestión de la asistencia urgente se ha seguido en la sentencia recurrida, a partir de la información pericial incorporada al proceso, una interpretación restrictiva que no corresponde con la fórmula legal, más genérica. Haciendo ya una específica referencia a los hechos, no podemos poner de manifiesto que el lesionado fue retirado de la pista deportiva en ambulancia, y que su segundo ingreso, se produce el día siguiente del accidente, unas horas después, también por vía de urgencia, al presentar fuertes dolores en la zona lesionada, sin que pudiera hablarse en ese momento de una actuación médica programada.

En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las "necesarias asistencias de carácter urgente" y las condiciones contractuales no pueden restringir este concepto, debiendo asumirse por la aseguradora, aun cuando se trate de utilización de medios no concertados con la entidad, una vez que pueda entenderse acreditada la urgencia.

#### CUARTO

Ciñéndonos a los hechos que motivan esta reclamación, es manifiesto que el siniestro que genera la necesidad de asistencia se encuentra cubierto en la póliza de accidentes que, actuando como tomador, contrató el Ayuntamiento de Logroño. El siniestro se produce el día 16 de enero de 2004 sobre las 20,45 horas y el accidentado fue trasladado en ambulancia al Hospital San Millán, según el informe de accidente deportivo, unido al folio 118, la decisión de efectuar el traslado a este centro sanitario la toman los responsables de la ambulancia. Si bien después de esta primera atención, el paciente fue remitido a su domicilio, doce horas después del primer ingreso, presenta fuerte dolores y tiene que ser asistido en urgencias, circunstancia que motiva su ingreso hospitalario hasta el día 30 de enero. El diagnóstico principal es el de hematoma renal y perirenal sobre riñón derecho patológico y posible estenosis de la unión pieloureteral derecha e hidronefrosis derecha y como hemos dicho, justifica su ingreso hospitalario inmediato.

Bien es cierto que el parte de accidente lleva fecha de 23 de enero de 2004 y, al parecer, se le da entrada en la compañía el 28 de enero. No obstante, en este documento se detalla el accidente y se comunica el ingreso del paciente en el Hospital San Millán (folio 117). Sin embargo, a pesar de esta información y aun cuando el paciente todavía permaneció ingresado hasta el día 30, no consta que formalmente planteara la compañía objeción alguna o que tratara de derivar al paciente a uno de sus centros concertados.

#### QUINTO

Por todo lo expuesto, aunque efectivamente, al amparo de lo dispuesto en el artículo 59.1 de la, la sanidad pública podría cubrir la asistencia sanitaria derivada de esta actividad deportiva (no conceptuada como deporte profesional o federado en competición oficial), el comentado principio de especialidad, conforme a la doctrina jurisprudencial expuesta, no excluye que, cubierto el riesgo de accidente deportivo por un seguro privado, la sanidad pública, al amparo de lo dispuesto en el artículo 83 de la, pueda repercutir estos gastos a la aseguradora que los garantizaba.

En gran medida, esta asistencia no podía quedar excluida del concepto de necesaria asistencia de carácter urgente y, en todo caso, al no quedar acreditado que la asistencia en el centro no concertado respondiera, exclusivamente, a una decisión del beneficiario lesionado, no debe obligarse a la sanidad pública a pechar con estos gastos por asistencia sanitaria que contaban con una cobertura específica. La existencia de cualquier incumplimiento contractual, en el caso de haberse producido, por parte del tomador del seguro o de sus dependientes, no es oponible, en este supuesto, frente a la entidad que satisface unos gastos que, como hemos reiterado, debió prestar la aseguradora.

En consecuencia, procede la estimación de la demanda en reclamación de los gastos generados en esta asistencia sanitaria.

#### SEXTO

La estimación íntegra de la demanda en primera instancia, conlleva la imposición de las costas del juicio en dicha fase del proceso

En la apelación, estimado el recurso, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 398 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, no procede su expresa imposición.

VISTOS los preceptos legales citados, los invocados por las partes y demás de pertinente aplicación al supuesto de autos

#### F A L L A M O S



1º

Se estima el recurso de apelación interpuesto por el contra la sentencia de fecha 6 de junio de 2006, dictada por el Juzgado de Primera Instancia número Cinco de Logroño.

2º

En consecuencia, procede la estimación de la demanda y se condena a la DKW Seguros y Reaseguros, SA al pago de 4.900 euros y las costas del juicio en primera instancia.

No se hace expresa imposición de las causadas en esta apelación.

3º

Notifíquese esta sentencia, que es firme, y devuélvanse los autos al Juzgado de Primera Instancia.

Así por esta nuestra sentencia, de la que se unirá certificación literal al rollo de apelación, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

La Magistrada Ilma. Sra. D<sup>a</sup> CARMEN ARAUJO GARCÍA, votó en Sala, se encuentra ausente y no puede firmar.

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.