



zurbarán
ABOGADOS

GACETA DE SEGUROS

Publicación de información periódica sobre
Derecho de Seguros de *Zurbarán Abogados*

Número 0

septiembre-octubre 2023

Coordinadores:

Rafael La Casa García

Pablo Martínez-Gijón Machuca

SUMARIO

PRESENTACIÓN3

NOTAS JURISPRUDENCIALES:

- CLÁUSULAS DELIMITADORAS DEL RIESGO Y CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL ASEGURADO: EN PARTICULAR, LOS RESPECTIVOS REQUISITOS DE INCORPORACIÓN DE ESTOS TIPOS DE CLÁUSULAS (SSTS, SALA 1ª, NÚM. 1321/2023, DE 27 DE SEPTIEMBRE; NÚM. 1344/2023, DE 3 DE OCTUBRE; Y NÚM. 1479/2023, DE 23 DE OCTUBRE).....4
- EL INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO: REITERACIÓN DE LA DOCTRINA JURISPRUDENCIAL SOBRE LA MATERIA (STS, SALA 1ª, NÚM. 1503/2023, DE 27 DE OCTUBRE)..... 12
- INTERRUPCIÓN DEL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DIRECTA ENTABLADA CONTRA LA COMPAÑÍA ASEGURADORA POR LAS RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES DIRIGIDAS AL ASEGURADO (STS, SALA 1ª, NÚM. 1219/2023, DE 11 DE SEPTIEMBRE) 14
- LA JURISDICCIÓN CIVIL ES LA COMPETENTE CUANDO SE DEMANDA EXCLUSIVAMENTE A LA ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA SANITARIA Y, ADEMÁS, CABE LA POSIBILIDAD DE RECLAMAR LOS INTERESES DE DEMORA DEL ART. 20 LCS (STS, SALA 1ª, NÚM. 1322/2023, DE 27 DE SEPTIEMBRE)..... 16
- NO CABE LA INDEMNIZACIÓN DE LOS GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA OCASIONADOS POR LOS DAÑOS CORPORALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN, POSTERIORES A LA FECHA DE ESTABILIZACIÓN LESIONAL (STS, SALA 1ª, NÚM. 1226/2023, DE 14 DE SEPTIEMBRE) 20
- LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PUEDE RECLAMAR EL REINTEGRO DE LOS GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA A UN BENEFICIARIO DE MUFACE AFECTADO POR COVID-19 (STS, SALA 3ª, NÚM. 1271/2023, DE 17 DE OCTUBRE)..... 22
- LA FUERZA MAYOR EXTRAÑA A LA CONDUCCIÓN O AL FUNCIONAMIENTO DEL VEHÍCULO COMO CONCEPTO RELEVANTE EN EL ÁMBITO DE LA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS CAUSADOS A LAS PERSONAS POR EL CONDUCTOR DE UN VEHÍCULO A MOTOR (STS, SALA 1ª, NÚM. 1506/2023, DE 27 DE OCTUBRE)..... 25

@ Zurbarán Abogados, S.L.P., 2023. Todos los derechos reservados.

Esta publicación contiene información de carácter general, sin que constituya opinión profesional ni asesoramiento jurídico.

PRESENTACIÓN

En el marco del proceso de crecimiento y modernización de nuestra firma, es para nosotros un gran motivo de satisfacción la presentación de este número 0 de la *Gaceta de Seguros*, publicación periódica especializada en Derecho de seguros e instituciones afines, dirigida no sólo a los sectores relacionados con la actividad aseguradora (compañías de seguros, colectivo de asegurados de muy diversa condición, mediadores de seguros, operadores jurídicos...), sino también al público en general, dado el papel central que ocupa el contrato de seguro en la sociedad de nuestro tiempo.

Al frente de esta flamante publicación, cuya singladura deseamos larga y exitosa, se encuentran dos reputados académicos, los Profesores La Casa y Martínez-Gijón, vinculados a nuestra firma y poseedores de un profundo conocimiento del Derecho de seguros e instituciones afines, como evidencian singularmente sus extensas y reconocidas publicaciones científicas, así como sus reiteradas participaciones en prestigiosos foros sobre la materia.

El objetivo principal perseguido por esta *Gaceta de Seguros* consiste en ofrecer periódicamente un panorama general de actualidad jurídica sobre Derecho de seguros, con especial atención tanto a las novedades normativas como a la jurisprudencia más destacada recaída sobre la materia.

Por demás, no se pretende ofrecer una mera indicación sobre los mencionados extremos, a modo de simples referencias.

Nuestro objetivo es más ambicioso, pues nos proponemos proporcionar una noticia sucinta, pero suficiente, de cada uno de aquellos particulares, subrayando en cada caso los motivos de su respectiva relevancia. De este modo el lector podrá con relativa facilidad *estar al día* sobre el Derecho de seguros e instituciones afines, gracias a la información críticamente procesada y analizada, puesta puntualmente a su disposición por medio de esta publicación de nuestro despacho.



Ricardo Astorga Morano



José Manuel García-Quílez Gómez

Socios de ZURBARÁN ABOGADOS, S.L.P.



Rafael La Casa García
Catedrático de Derecho mercantil
Universidad de Sevilla

**CLÁUSULAS DELIMITADORAS DEL RIESGO Y CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE
LOS DERECHOS DEL ASEGURADO: EN PARTICULAR, LOS RESPECTIVOS
REQUISITOS DE INCORPORACIÓN DE ESTOS TIPOS DE CLÁUSULAS
(SSTS, SALA 1ª, NÚM. 1321/2023, DE 27 DE SEPTIEMBRE; NÚM. 1344/2023,
DE 3 DE OCTUBRE; Y NÚM. 1479/2023, DE 23 DE OCTUBRE)**

1. Planteamiento general

La calificación de una determinada cláusula contractual como delimitadora del riesgo o limitativa de los derechos del asegurado posee frecuentemente una relevancia capital, pues puede provocar que un concreto siniestro se encuentre comprendido o no dentro de la cobertura de un determinado contrato de seguro. Prueba destacada de ello son las recientes SSTS, Sala 1ª, núm. 1321/2023, de 27 de septiembre (ECLI:ES:TS:2023:3993) y núm. 1344/2023, de 3 de octubre (ECLI:ES:TS:2023:3996), referidas a sendos seguros de vida, donde se alcanzaron conclusiones dispares ante supuestos de hecho diversos, en ambos casos tras una prolija y sólida argumentación apoyada en la jurisprudencia sobre la materia de la propia Sala. Por lo demás, es muy llamativo que en ambos casos se

estimasen los recursos de casación interpuestos, lo que representa una elocuente muestra de la extrema dificultad que encierra el enjuiciamiento de esta clase de asuntos.

En relación con la cuestión examinada ha de partirse de la base de que el establecimiento convencional de restricciones de la cobertura es muy habitual en las pólizas al uso, dada la enorme frecuencia con que el riesgo se concreta en sentido negativo. Esta manera de delimitar convencionalmente el riesgo ha venido suscitando tradicionalmente la espinosa cuestión de si las cláusulas donde se establecen tales exclusiones deben considerarse propiamente limitativas de los derechos del asegurado (art. 3, párr. 1º *in fine*, LCS).

Como cabalmente destaca el Tribunal Supremo en las antedichas resoluciones, a fin de ilustrar sobre la trascendencia del asunto,

“(L)as consecuencias de dicha diferenciación devienen fundamentales, dado que las cláusulas delimitadoras, susceptibles de incluirse en las condiciones generales para formar parte del contrato, quedan sometidas al régimen de aceptación genérica, sin la necesidad de la observancia de los requisitos de incorporación que se exigen a las limitativas (SSTS 366/2001, de 17 de abril; 303/2003, de 20 de marzo; 14 de mayo 2004, en recurso 1734/1998; 1033/2005, de 30 de diciembre): mientras que estas últimas deben cumplir los requisitos previstos en el art. 3 LCS; esto es, estar destacadas de un modo especial y ser expresamente aceptadas por escrito, formalidades que resultan esenciales para comprobar que el asegurado tuvo un exacto conocimiento del riesgo cubierto (SSTS 516/2009, de 15 de julio; 268/2011, de 20 de abril; 541/2016, de 14 de septiembre; 234/2018, de 23 de abril; 58/2019, de 29 de enero; 418/2019, de 15 de julio), y que además han de concurrir conjuntamente (SSTS 676/2008, de 15 de julio; 402/2015, de 14 de julio; 76/2017, de 9 de febrero y 661/2019, de 12 de diciembre)”.

Sentado lo anterior, el Tribunal Supremo reitera en las dos resoluciones indicadas su ya consolidada doctrina sobre la materia. En este sentido invoca primeramente la STS 853/2006, de 11 de septiembre, del Pleno de la Sala 1ª, donde se precisa que son delimitadoras las condiciones:

“(…) mediante las cuales se concreta el objeto del contrato, fijando qué riesgos, en caso de producirse, por constituir el objeto del seguro, hacen surgir en el asegurado el

derecho a la prestación, y en la aseguradora el recíproco deber de atenderla”.

A lo que se adiciona

“(…) que se deben reputar como tales las que determinan: (i) qué riesgos constituyen el objeto del seguro; (ii) en qué cuantía; (iii) durante qué plazo; y (iv) en que ámbito temporal o espacial”.

En relación con lo anterior se apostilla, en fin, que

“(E)sta doctrina es reiterada en otras muchas resoluciones como las sentencias 1051/2007, de 17 de octubre; 676/2008, de 15 de julio; 738/2009, de 12 de noviembre; 598/2011, de 20 de julio; 402/2015, de 14 de julio; 541/2016, de 14 de septiembre; 147/2017, de 2 de marzo; 590/2017, de 7 de noviembre; 661/2019, de 12 de diciembre, o más recientemente 87/2021, de 17 de febrero”.

Por su parte, según continúa exponiendo el Tribunal Supremo,

“(E)l papel que, por el contrario, se reserva a las cláusulas limitativas radica en restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado a la indemnización, una vez que el riesgo, objeto del seguro, se ha producido (SSTS de 16 de mayo y 16 octubre de 2000; 273/2016, de 22 de abril; 520/2017, de 27 de septiembre; 590/2017, de 7 de noviembre, y 661/2019, de 12 de diciembre). En palabras de la sentencia 953/2006, de 9 de octubre, serían “[...] las que empeoran la situación negocial del asegurado”. Un criterio utilizado para

determinar la naturaleza de ciertas cláusulas para darles el tratamiento de limitativas, es referirlo al contenido natural del contrato; esto es “[...] del alcance típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora” (SSTS 273/2016, de 22 de abril, 541/2016, de 14 de septiembre y 147/2017, de 2 de marzo). En este sentido, se atribuye la condición de limitativa a la cláusula sorpresiva que se aparta de dicho contenido ordinario (SSTS 58/2019, de 29 de enero, 661/2019, de 12 de diciembre y 87/2021, de 17 de febrero)”.

A la luz del bagaje conceptual sucintamente expuesto, el Alto Tribunal resolvió los litigios sometidos a su enjuiciamiento.

2. La STS, Sala 1ª, núm. 1321/2023, de 27 de septiembre: el carácter limitativo de la condición general que establece la exclusión temporal de la cobertura del fallecimiento ocasionado por el cáncer

En la primera de las contiendas resueltas en el orden cronológico, la controversia se centraba esencialmente en la concreta calificación que había de merecer la cláusula, contenida en el condicionado general e identificada con el ordinal 4d), seguidamente reproducida:

“La prestación del asegurador, ya sea por fallecimiento o por invalidez permanente del asegurado, cuyo motivo sea la enfermedad de cáncer, estará condicionada a que dicha enfermedad tenga su origen y sea diagnosticada una vez haya transcurrido UN AÑO a partir de la fecha efecto del contrato indicada en el correspondiente certificado individual de

seguro. Este periodo de carencia será también de aplicación en el caso de incrementos de capital. Por cáncer se entenderá el tumor o neoplasia malignos de crecimiento y desarrollo incontrolado, con invasión y destrucción de tejido normal. El cáncer debe estar diagnosticado y confirmado como maligno por análisis histológico”.

En primera instancia, por lo que aquí interesa, se desestimó la demanda de cumplimiento del contrato interpuesta por la beneficiaria del seguro sobre la base de la atribución de una naturaleza meramente delimitadora a la cláusula controvertida. Por su parte, la sentencia de apelación, igualmente desestimatoria, consideró que, aun cuando la referida condición general era limitativa y no delimitadora del riesgo, resultaba, en cualquier caso, oponible a la beneficiaria de la póliza, al ser válida su aceptación por remisión, aunque no se hallaran firmadas las condiciones generales en las que se encontraba inserta en negrilla.

Finalmente, el Tribunal Supremo, partiendo del carácter limitativo de la cláusula controvertida, sustentado en la incuestionable índole de prototípica enfermedad mortal que posee el cáncer en cuanto motivo del fallecimiento determinante de la exclusión temporal de la cobertura, estimó el recurso de casación interpuesto por la demandante, al considerar que en el caso enjuiciado no se habían cumplido los singulares requisitos legales de incorporación previsto para el referido tipo de cláusulas (art. 3, párr. 1º *in fine*, LCS).

Como corolario de la circunstanciada argumentación desarrollada a tal propósito el Alto Tribunal concluyó lo siguiente:

“En definitiva, en el presente caso, las condiciones particulares no recogen transcrita la cláusula 4 d), en la que basa la compañía demandada la exclusión de la cobertura. Tampoco en documento aparte debidamente suscrito. Las condiciones generales, en las que sí se encuentra recogida y destacada en negrilla, carecen de la firma del tomador del seguro. En consecuencia, debemos concluir que no se cumplieron las exigencias cumulativas del art. 3 de la LCS, lo que conduce a la estimación del recurso de casación interpuesto”.

Todavía más: la STS, Sala 1ª, núm. 1321/2023, de 27 de septiembre, al asumir la instancia, condenó también a la entidad aseguradora al pago de los intereses moratorios desde la fecha del siniestro, con el argumento de que la mera circunstancia de la judicialización de la reclamación, ante la negativa del asegurador a hacerse cargo del siniestro, no puede dejar sin efecto la aplicación del régimen especial de la mora (art. 20 LCS). En particular, en el caso enjuiciado se advirtió que:

“(L)a compañía de seguros alega una cláusula limitativa del riesgo por ella redactada e incorporada al contrato con desprecio a lo dispuesto en el art. 3 de la LCS, lo que constituye una elemental obligación incumplida”.

Es decir, a pesar de que la demanda fue desestimada tanto en primera instancia como en apelación, el Tribunal Supremo no apreció, en verdad de modo harto discutible, una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar; esto es, cuando la resolución judicial deviene imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o

su cobertura (sentencias 252/2018, de 10 de octubre; 56/2019, de 25 de enero; 556/2019, de 22 de octubre; 570/2019, de 4 de noviembre; 47/2020, de 22 de enero; 419/2020, de 13 de julio; y 563/2021, de 26 de julio, entre otras muchas).

3. La STS, Sala 1ª, núm. 1344/2023, de 3 de octubre: el carácter meramente delimitador de la condición particular que establece la caducidad temporal de la cobertura en función de la edad actuarial del asegurado

Por su parte, la segunda de las sentencias objeto de este comentario se inclinó por atribuir el carácter de cláusula delimitadora del riesgo a la siguiente previsión contenida en las condiciones particulares de un determinado contrato de seguro de vida e incapacidad permanente:

“La entidad establece como:

- *Límite de edad de admisión: no podrán asegurarse los menores de 14 años ni los mayores de 64 años.*
- *Límite de caducidad de cobertura: Al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años actuariales.*

El presente seguro de vida no incluye el riesgo de suicidio del asegurado durante el primer año de vigencia del contrato (condición particular XV, titulada “Delimitaciones y exclusiones del riesgo y cláusulas limitativas de derechos del asegurado”; con un apartado 1 denominado “Delimitación del riesgo de fallecimiento”, con un epígrafe A.- “Delimitaciones del riesgo por fallecimiento”).”

A la vista de lo expuesto, la entidad aseguradora alegó que el seguro se encontraba cancelado en

la fecha de fallecimiento del asegurado, pues su óbito se produjo una vez finalizada la anualidad del seguro en que había cumplido sesenta y cinco años actuariales (la edad actuarial es la del asegurado, que se tiene en cuenta en los seguros de vida a la hora de calcular el riesgo, tomándola desde el cumpleaños más cercano a la fecha en la que la póliza empieza a tener vigencia).

En esta ocasión el Tribunal Supremo casó y revocó las sentencias de apelación y de primera instancia, que habían estimado íntegramente la pretensión de la beneficiaria (sobre la base del pretendido carácter oscuro de tal condición particular del seguro, reputada como limitativa, impuesta y predispuesta por la demandada al formar parte de sus condiciones generales de contratación, que no deben perjudicar a la parte demandante, por lo que se consideró "el término de la anualidad en que el asegurado cumple 65 años actuariales" como equivalente al año natural, y no al de la vigencia del contrato), declarando en su lugar la desestimación de la demanda. El razonamiento seguido a tal propósito fue, en esencia, el siguiente:

"En el caso que nos ocupa, no ofrece duda que el contrato de seguro suscrito es un seguro de vida temporal, como así consta en las condiciones generales y especiales de la póliza que especifican que se trata de un seguro de tal clase (pág. 21). Es más, tampoco cuestiona tal tipología de cobertura la propia parte demandante. Es, por ello, que la determinación del límite temporal del seguro no es una condición limitativa del riesgo, sino delimitadora del objeto del contrato de seguro de vida suscrito. No la podemos considerar como una cláusula sorpresiva como razonamos en la sentencia 87/2021, de 17 de febrero, en la que explicamos:

(...)

"es inherente a la modalidad de seguro de vida pactado el establecimiento de un límite temporal de cobertura, que constituye su esencia; por lo que no cabe atribuir el calificativo de sorpresiva a una condición delimitadora ínsita en la propia naturaleza jurídica del contrato suscrito o dicho de otra forma de su alcance típico o usual".

En efecto, la determinación del límite temporal de cobertura de un seguro de vida a tiempo parcial es un elemento esencial del propio contrato, al que no podemos atribuir la condición de cláusula limitativa del riesgo, sino definidora del objeto del contrato".

Siendo ello así, resultaban de aplicación las reglas generales sobre la incorporación del clausulado del contrato, pues en este caso no regían las normas especiales previstas para las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado. En este sentido, el Tribunal Supremo declaró:

"La firma del tomador aparece al final de las condiciones particulares en las que está inserta la estipulación litigiosa, con lo que se cumple el requisito de la suscripción".

A lo que se añadió un poco más adelante:

"En cualquier caso, determinada la naturaleza de las condiciones generales de la póliza suscrita, la extinción del seguro a los 65 años conforma una cláusula de redacción clara, que no genera dudas interpretativas, que determinen la aplicación de la regla contra proferentem del art. 1288 del CC y su interpretación jurisprudencial (sentencias 248/2009, de

2 de abril; 601/2010, de 1 de octubre; 71/2019, de 5 de febrero; 373/2019, de 27 de junio; 636/2020, de 25 de noviembre y 87/2021, de 17 de febrero, entre otras), ni cabe alcanzar una conclusión distinta fundada en una hermenéutica sistemática de la póliza (art. 1285 CC)”.

Por lo demás, debe dejarse constancia finalmente de que, al asumir la instancia, el Alto Tribunal hubo de entrar a conocer también sobre la acción subsidiaria interpuesta respecto de la cobertura de la incapacidad permanente absoluta del asegurado.

Pues bien, esta pretensión tampoco se acogió, porque el demandado incumplió el deber de contestar con lealtad al cuestionario al que fue sometido por la compañía (art. 10 LCS). En este sentido, sobre la base de una amplia base documental, se estimó que, al responder al cuestionario, el tomador-asegurado padecía un trastorno depresivo grave con tendencia a la cronicidad, sometido a control periódico y tratamiento médico, por lo que faltó a la verdad cuando contestó negativamente a las dos primeras preguntas formuladas relativas a si padecía alguna enfermedad y si estaba sometido a tratamiento médico. A lo que se une que no cabía no negar que fuera el asegurado quien contestara al cuestionario cuando estaba avalado con su firma, y no existía prueba concluyente relativa a que fuera cubierto por terceros y que se limitara a suscribirlo, sin prestar atención a las respuestas que figuraban en el mismo, haciéndolas suyas.

En razón de lo expuesto, el Tribunal Supremo concluyó que, al menos, el tomador-asegurado incurrió en culpa grave, al contestar negativamente a las referidas preguntas del cuestionario (art. 10 LCS), sin advertir de la enfermedad que padecía, que debió

necesariamente poner en conocimiento de la aseguradora, especialmente dada la gravedad de su cuadro clínico -depresión mayor- y su cronicidad desde el año 1996, para que procediera a la correcta valoración del riesgo; patología que, a la postre, fue la determinante de las continuas y prolongadas bajas médicas sufridas hasta la declaración de la incapacidad permanente absoluta por tal causa.

4. La STS, Sala 1ª, núm. 1479/2023, de 23 de octubre: el carácter puramente delimitador de la cláusula que establece las condiciones requeridas para la cobertura de la responsabilidad civil patronal

En esta ocasión, el Tribunal Supremo se ocupó de un contrato de seguro de responsabilidad civil concertado por una sociedad mercantil dedicada a la explotación de un campo de golf, cuya cobertura de la responsabilidad civil patronal se encontraba precisada en la póliza en los siguientes términos:

- “6. Responsabilidad civil patronal, entendiéndose por tal la que para el Asegurado resulte de lesiones o muertes sufridas por empleados a su servicio como consecuencia de un accidente de trabajo que reúna las siguientes características:*
- a. Incumplimiento, por parte del Asegurado, de alguna de sus obligaciones en materia de Seguridad e Higiene en el trabajo.*
 - b. Relación directa de causalidad entre la medida de seguridad transgredida y el accidente del trabajador.*
 - c. Existencia de un procedimiento sancionador ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social o un Juzgado de lo Social conforme a lo previsto por el artículo 123 de la Ley General de la*

Seguridad Social (RDL 1/1994 de 20 de junio), sin que ello signifique la cobertura de la sanción”.

Durante la vigencia del mencionado contrato se produjo un accidente en las instalaciones de golf, en el que un trabajador de la empresa resultó herido por el impacto de una bola de golf lanzada por una jugadora mientras se celebraba un campeonato organizado por la Federación Española de Golf. El trabajador lesionado instó un procedimiento civil contra la sociedad asegurada y la aseguradora de la Federación Española, que resultaron condenadas en sentencia firme a indemnizarlo en 15.961,20 euros, intereses y costas. En cumplimiento de dicha sentencia, la sociedad empleadora y demandada abonó 11.398,43 euros, y posteriormente formuló una demanda contra su asegurador de responsabilidad civil, en la que solicitaba que se le condenara al pago de 11.398,43 €, intereses legales y costas.

La sentencia de primera instancia desestimó la demanda, pues consideró que la cláusula controvertida era delimitadora del riesgo y que en el siniestro no concurrían los tres requisitos exigidos para su cobertura, por lo que la aseguradora no tenía que indemnizar. Recurrida la sentencia de primera instancia por el demandante, la Audiencia Provincial desestimó el recurso de apelación. En lo que ahora importa, consideró que la cláusula litigiosa era delimitadora del riesgo.

Finalmente, el recurso de casación interpuesto por la mercantil demandante, fundado en la pretendida naturaleza limitativa de la cláusula controvertida a fin de sostener su no incorporación al contrato como consecuencia del supuesto incumplimiento de los requisitos establecidos al efecto (art. 3, párr. 1º *in fine*, LCS), fue desestimado por el Tribunal Supremo. En

este sentido, tras la exposición de la doctrina jurisprudencial existente en torno a la distinción entre cláusulas delimitadoras del riesgo y cláusulas limitativas de los derechos del asegurado, el Alto Tribunal concluyó lo siguiente:

“Esta descripción del riesgo no puede considerarse limitativa de los derechos del asegurado, puesto que precisamente lo que hace es definir el objeto del contrato y fijar los riesgos que, en caso de producirse, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación por constituir el objeto del seguro. Es decir, no solo no desnaturaliza el contrato, sino que se adapta a su funcionalidad jurídica y económica”.

Es la STS, Sala 1ª, núm. 1479/2023, de 23 de octubre (ECLI:ES:TS:2023:44059).

5. Una breve reflexión final

Las consideraciones realizadas hasta el momento constituyen una prueba elocuente de cómo el asunto examinado ha terminado por instalarse en una relativa inseguridad jurídica, planteándose de modo recurrente espinosas controversias sobre la concreta naturaleza de determinadas cláusulas contractuales por ser determinantes de la existencia o no de la cobertura de un concreto siniestro.

A la vista de lo expuesto no estaría de más una puntual y precisa intervención del legislador a fin de poner coto a semejante estado de incertidumbre. En este sentido merece destacarse que, entre las modificaciones fundamentales contenidas en el Anteproyecto de Ley de Código Mercantil (aprobado por acuerdo del Consejo de Ministros de 30 de mayo de 2014; en lo que sigue, APLCM) respecto de las

disposiciones generales del contrato de seguro, se encuentre la relativa a

“(L)a aplicación a las condiciones generales del contrato de seguro de las disposiciones que en el Código regulan las condiciones generales de la contratación, sin perjuicio de reconocer las especialidades propias de este contrato. De ahí que se haya considerado conveniente aclarar la compleja distinción entre las cláusulas delimitativas del riesgo cubierto y las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados –que tanta atención ha merecido por nuestra jurisprudencia-, llevando al contenido de la póliza la exigencia de que identifique de manera completa la <<naturaleza del riesgo cubierto, describiendo, de forma clara, destacada y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente>>”
(Exposición de motivos APLCM, VI-116, en relación con lo previsto en el art. 581-8.2.c) APLCM).

Lo expuesto parece apuntar en la línea de la suficiencia del cumplimiento de los referidos requisitos formales para la incorporación al contrato de tales exclusiones y limitaciones de

cobertura. Todo ello se acompaña de la relevante novedad (que viene a conjurar en gran medida el surgimiento de controversias como las aquí analizadas) de que las condiciones del contrato, incluidas las limitativas, se entenderán aceptadas si, transcurridos dos meses desde el pago de la prima, el tomador no ha manifestado su voluntad de resolver el contrato (art. 581-3.4 APLCM). Pero, lamentablemente, este ponderado intento de resolver el complejo problema examinado se encuentra, a lo que parece, abocado al fracaso, dado el amplio lapso transcurrido desde la culminación de esta importante iniciativa legislativa sin haberse iniciado aún su tramitación parlamentaria.

Por otro lado, a la vista de la enorme litigiosidad existente sobre el particular, resulta también harto llamativo que por parte de las compañías aseguradoras, en orden a la adecuada preservación de sus intereses, no se haya puesto un especial empeño en conferir, de modo preventivo, tratamiento formal de cláusulas limitativas a todas aquellas condiciones mediante las que se establezcan exclusiones y restricciones de la cobertura, ya que de este modo quedaría por completo garantizada su incorporación al contrato, pues la eventual incorrección de la calificación jurídica de tales cláusulas (en el sentido de que fueran en verdad meramente delimitadoras del riesgo) resultaría a tal propósito irrelevante.

**EL INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO:
REITERACIÓN DE LA DOCTRINA JURISPRUDENCIAL SOBRE LA MATERIA
(STS, SALA 1ª, NÚM. 1503/2023, DE 27 DE OCTUBRE)**

1. Planteamiento general

La STS, Sala 1ª, núm. 1503/2023, de 27 de octubre (ECLI:ES:TS:2023:4551), aborda una cuestión que suscita una litigiosidad recurrente en los seguros de personas, como es la relativa a la apreciación del incumplimiento del deber de declaración de riesgo (art. 10 LCS), al propósito de liberar al asegurador del pago de la prestación debida tras el acaecimiento del siniestro. La resolución analizada, que versa sobre un seguro de vida para caso de muerte vinculado a un préstamo hipotecario, se inscribe dentro del nutrido elenco de resoluciones que aplican los criterios establecidos sobre tan espinosa materia por nuestro Alto Tribunal, al que ha de reconocerse el valioso mérito del importante esfuerzo constructivo realizado en este ámbito en pro de la seguridad jurídica (en gran medida atribuible, *suum cuique tribuere*, al ponente de la propia sentencia comentada, el magistrado D. Francisco Marín Castán).

La dificultad de abordar estas complejas cuestiones se evidencia en el elocuente dato de que la demanda fue íntegramente desestimada con imposición de costas en primera instancia, mientras que la sentencia de apelación estimó el recurso y condenó a la aseguradora a abonar el saldo pendiente del préstamo hipotecario suscrito con la entidad de crédito prestamista hasta donde alcanzase y, en su caso, con entrega del resto o sobrante que pudiera existir al actor (el esposo de la asegurada fallecida), todo ello con los intereses del artículo 20 LCS e imposición de las costas de instancia a la demandada, aun cuando sin imposición de las costas de la alzada. Finalmente, el Tribunal Supremo estimó el

recurso de casación interpuesto por la entidad aseguradora y casó la sentencia recurrida para, en su lugar, confirmar íntegramente la sentencia de primera instancia, incluido su pronunciamiento sobre costas, sin imponer a ninguna de las partes las del recurso de casación e imponiendo al demandante las de la segunda instancia.

2. La doctrina del Tribunal Supremo sobre el incumplimiento del deber de declaración del riesgo

La sentencia analizada aplica y reitera la doctrina del Tribunal Supremo sobre los requisitos que han de concurrir para apreciar el incumplimiento del deber de declaración del riesgo (art. 10 LCS), que son los siguientes:

- 1) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante;
- 2) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa;
- 3) que el riesgo declarado sea distinto del real;
- 4) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración;
- 5) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; y
- 6) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

Los extremos anteriores, que poseen una significación capital para afrontar adecuadamente problemas como el aquí analizado, se encuentran en la actualidad firmemente asentados en una copiosa jurisprudencia del Tribunal Supremo.

3. El caso resuelto por la STS, Sala 1ª, núm. 1503/2023, de 27 de octubre

En el concreto caso que nos ocupa, el Tribunal Supremo apreció (a nuestro juicio, acertadamente) el incumplimiento del deber analizado sobre la base de dos órdenes de consideraciones.

De un lado, desde el punto de vista formal, entendió que el documento incluido en la documentación contractual y firmado por la asegurada era un genuino cuestionario, pues:

“(…) no reducen su eficacia como tal cuestionario ni el hecho de que el contrato de seguro estuviera vinculado al préstamo hipotecario, ni el hecho de que, como es habitual en estos casos, el cuestionario fuera cumplimentado por un tercero, empleado del banco, si, como fue el caso, lo hizo con las respuestas facilitadas por la asegurada ni, en fin, el hecho de que algunas preguntas fueran excesivamente genéricas o imprecisas, ya que en todo caso esta última cuestión tendría que ver con su validez material”.

De otro, bajo una perspectiva material, se consideró que las preguntas que se le hicieron a la asegurada, frente a lo declarado en la sentencia recurrida, le permitieron representarse sus antecedentes ginecológicos y neumológicos como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar adecuadamente el riesgo de fallecimiento, a la luz de la jurisprudencia del Alto Tribunal.

En relación con lo anterior, la STS, Sala 1ª, núm. 1503/2023, de 27 de octubre, acabó concluyendo lo siguiente:

“(…) quien tiene antecedentes por tabaquismo y por graves problemas de salud, como tuberculosis y cáncer, que le obligan a un control médico periódico por la posibilidad de recidivas o de complicaciones, infringe conscientemente su deber de declarar el riesgo si manifiesta no tener problema alguno de salud y, al mismo tiempo, silencia antecedentes indiscutiblemente relevantes que podía representarse, por las preguntas que se le hicieron, como objetivamente influyentes para la exacta valoración del riesgo de fallecimiento”.

En definitiva, la aquí sucintamente expuesta representa una ilustrativa resolución que aplica fielmente las pautas establecidas por el Tribunal Supremo sobre el incumplimiento del deber de declaración del riesgo.



Pablo Martínez-Gijón Machuca
Catedrático de Derecho mercantil
Universidad de Sevilla

INTERRUPCIÓN DEL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DIRECTA ENTABLADA CONTRA LA COMPAÑÍA ASEGURADORA POR LAS RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES DIRIGIDAS AL ASEGURADO (STS, SALA 1ª, NÚM. 1219/2023, DE 11 DE SEPTIEMBRE)

La STS, Sala 1ª, núm. 1219/2023, de 11 de septiembre (ECLI:ES:TS:2023:3605), aborda una relevante problemática que suscita el ejercicio de la acción directa contemplada por el art. 76 LCS, en relación con el seguro de responsabilidad civil. Como es sabido, el plazo para ejercer la acción directa no está regulado por la normativa especial de seguros (art. 23 LCS) y las reglas sobre interrupción de la prescripción del Código Civil aplicables a dicha acción (art. 1974 CC) requieren algunas matizaciones, dada la especial vinculación existente entre el asegurado y la compañía de seguros en sede de responsabilidad civil frente al perjudicado por la conducta del asegurado.

El recurso de casación combate la prescripción de las acciones ejercitadas, por la empresa perjudicada por los daños ocasionados en las instalaciones de las que es propietaria y su compañía de seguros, contra las empresas integrantes de una Unión Temporal de Empresas

(UTE) y la entidad aseguradora de una de ellas, reproduciendo la jurisprudencia existente y consolidada sobre la solidaridad en las reclamaciones de responsabilidad civil extracontractual y los efectos que desencadenan las reclamaciones extrajudiciales dirigidas al asegurado con respecto a su compañía aseguradora.

En las instancias anteriores prosperó la excepción de la prescripción de las acciones. En particular, la Audiencia Provincial consideró que las reclamaciones extrajudiciales dirigidas contra la causante del daño (empresa asegurada) no interrumpieron la prescripción de la acción directa ejercitada contra su entidad aseguradora.

La sentencia del TS aquí analizada distingue dos planos. El primero, es el que deriva de la existencia de un contrato de seguro, en el que las reclamaciones extrajudiciales dirigidas exclusivamente contra la empresa asegurada (o

contra la UTE a la que pertenecía la empresa asegurada) sí interrumpieron el plazo de prescripción de la acción directa ejercida contra su compañía de seguros (cfr. las SSTS, Sala 1ª, núm. 865/2008, de 1 de octubre; núm. 161/2019, de 14 de marzo; núm. 171/2021, de 26 de marzo; núm. 129/2022, de 11 de febrero; y núm. 294/2022, de 6 de abril), ya que, si la responsabilidad de la aseguradora (la que se exige mediante la acción directa) tiene como presupuesto la responsabilidad del asegurado, la reclamación extrajudicial a este último interrumpe la prescripción respecto de la compañía de seguros (conforme a lo dispuesto en el art. 1.974, párr. 1º, CC).

En el caso concreto objeto de esta resolución judicial, el siniestro se produjo el día 3 de septiembre de 2010 y el plazo para ejercer la acción correspondiente (un año *ex art.* 1.968 CC, en relación con el art. 1.902 CC) se interrumpió por los burofaxes dirigidos contra la UTE en la que estaba integrada la empresa asegurada. Consiguientemente, el recurso de casación debe prosperar respecto a la acción directa ejercitada contra la entidad aseguradora.

El segundo, es el que nace de las reclamaciones extrajudiciales practicadas exclusivamente contra la compañía de seguros, en el que tales reclamaciones no interrumpieron el plazo de prescripción de la acción que el perjudicado tiene contra la empresa asegurada en cuanto causante del daño (doctrina reiterada en las SSTS, ambas del Pleno, núm. 503/2017, de 15 de septiembre y núm. 321/2019, de 5 de junio), pues se trata de acciones, derechos y

obligaciones diferentes. En este caso, la pretensión de los recurrentes no puede prosperar, pues las acciones ejercitadas contra las empresas integrantes de la UTE sí estaban prescritas, ya que habían transcurrido varios años entre la última de las reclamaciones extrajudiciales y la presentación de la demanda.

En esta sentencia de nuestro Alto Tribunal subyace la distinción entre solidaridad propia e impropia, vigente a partir del Acuerdo del Pleno de la Sala 1ª de 14 de marzo de 2003, de forma que, al interpretar el párrafo primero del art. 1.974 CC, se entendió que dicho precepto únicamente contempla el efecto de la interrupción de la prescripción en el supuesto de las obligaciones solidarias en sentido propio, cuando tal carácter deriva de norma legal, sin que pueda extenderse al ámbito de la solidaridad impropia, que nace en virtud de la sentencia que así lo declara.

Esta jurisprudencia, que sostiene que la regla del art. 1.974, párr. 1º, CC (la reclamación hecha a un deudor solidario interrumpe la prescripción respecto de todos los deudores solidarios), sólo es aplicable en los casos de solidaridad propia. Sin embargo, también es aplicable en las relaciones entre asegurado y asegurador, como pusieron de relieve las SSTS, Sala 1ª, núm. 161/2019, de 14 de marzo y núm. 171/2021, de 26 de marzo, de forma que la reclamación extrajudicial dirigida exclusivamente al asegurado también interrumpe la prescripción respecto de la compañía de seguros, conforme a la previsión contenida en el art. 1.974, párr. 1º, CC.

LA JURISDICCIÓN CIVIL ES LA COMPETENTE CUANDO SE DEMANDA EXCLUSIVAMENTE A LA ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA SANITARIA Y, ADEMÁS, CABE LA POSIBILIDAD DE RECLAMAR LOS INTERESES DE DEMORA DEL ART. 20 LCS (STS, SALA 1ª, NÚM. 1322/2023, DE 27 DE SEPTIEMBRE)

La STS, Sala 1ª, núm. 1322/2023, de 27 de septiembre (ECLI:ES:TS:2023:3983), se detiene en la compleja relación existente entre las acciones que puede ejercer el paciente perjudicado por una deficiente prestación de asistencia sanitaria en el ámbito público, quien puede dirigirse, cumulativamente, contra la Administración Pública Sanitaria y su entidad aseguradora de responsabilidad civil, o hacerlo de forma independiente contra cualquiera de ellas. En el supuesto de que opte por ejercer exclusivamente la acción directa *ex art. 76 LCS* contra la compañía de seguros privada, nuestros Tribunales han mantenido posiciones encontradas en cuanto a la jurisdicción competente y la posibilidad de imponer los intereses de demora del art. 20 LCS, distinguiendo según que el paciente perjudicado hubiere interpuesto previamente la reclamación en vía administrativa o hubiese dirigido su reclamación directamente contra la entidad aseguradora de responsabilidad civil de la Administración Pública.

Son frecuentes los supuestos en los que un paciente, perjudicado por la prestación de asistencia sanitaria ejecutada por los servicios médicos públicos, opta por interponer una demanda, con la que pretende resarcirse de los daños causados por dicha prestación médica, dirigida exclusivamente contra la aseguradora de responsabilidad civil de la Administración Pública Sanitaria (a través de la acción directa del art. 76 LCS), renunciando a interponer reclamación alguna en el ámbito administrativo.

En el caso que es objeto de esta resolución judicial, se ejerció exclusivamente la acción directa contra la aseguradora de responsabilidad civil de un hospital público para reclamar los daños ocasionados por la mala praxis médica y por vulneración del principio del consentimiento informado, así como la condena al pago de los intereses moratorios *ex art. 20 LCS*. En primera instancia se desestimó íntegramente la demanda. Y, en segunda instancia (cfr. la SAP de Barcelona, Sección 19ª, núm. 262/2019, de 23 de mayo), se estimó parcialmente, reconociéndose la infracción de la *lex artis ad hoc*, por falta del consentimiento informado, sin condena al pago de los intereses del art. 20 LCS, pues se consideró que la aseguradora demandada no tenía conocimiento de la falta del consentimiento informado, que había sido el título de imputación motivo de condena (citándose la SAP de Barcelona, Sección 1ª, de 19 de noviembre de 2018).

El recurso de casación comienza recordando una cuestión que fue durante años muy controvertida: la jurisdicción competente en los casos en los que, sin interpelación de la Administración Pública, se ejerce exclusivamente la acción directa contra la entidad aseguradora *ex art. 76 LCS*. Sobre esta cuestión se pronunciaron la sentencia del Pleno, Sala 1ª, núm. 321/2019, de 5 de junio, y el Auto de la Sala Especial de Conflictos de Competencia del Tribunal Supremo, núm. 2/2022, de 2 de marzo. En ambos casos, a favor de la jurisdicción civil.

En este sentido, el artículo 9.4 LOPJ, dispone, en su párrafo 2º, que los Juzgados y Tribunales del orden contencioso-administrativo:

“Conocerán, asimismo, de las pretensiones que se deduzcan en relación con la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas y del personal a su servicio, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que se derive. Si a la producción del daño hubieran concurrido sujetos privados, el demandante deducirá también frente a ellos su pretensión ante este orden jurisdiccional. Igualmente conocerán de las reclamaciones de responsabilidad cuando el interesado accione directamente contra la aseguradora de la Administración, junto a la Administración respectiva”.

La expresión “junto a” llevó a la jurisprudencia y a la doctrina a entender, mayoritariamente, que, *a sensu contrario*, cuando el interesado accione directamente contra la aseguradora de la Administración Pública, sin demandar también a la propia Administración, la competencia corresponde a los Juzgados y Tribunales del orden civil, hecho que, parafraseando a nuestro Alto Tribunal, no resulta extravagante, ya que: *“el artículo 42 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, prevé tal escenario con toda naturalidad, admitiendo un examen prejudicial que solo producirá efectos en el proceso de que se trate. La eventualidad de que en uno y otro orden (el civil y el contencioso-administrativo) se llegue a conclusiones fácticas distintas se encuentra resuelta en nuestro ordenamiento desde hace tiempo, en el que la jurisprudencia de nuestros tribunales, interpretando el art. 24.1 de la Constitución y, en el caso de afectar al ejercicio del ius puniendi del Estado, el 25.1, ha sentado que unos mismo hechos no pueden existir y dejar de existir para diferentes órganos o instituciones públicas de modo que, fijados por el juez de una*

jurisdicción, vinculan a los demás, salvo que estos últimos cuenten con elementos de juicio que no estuvieron a disposición del primero. En fin, la máxima que aconseja no dividir la continencia de la causa opera siempre y cuando no suponga la restricción de los derechos sustantivos y procesales de los contendientes” (cfr. los AATS, Sala Especial de Conflictos de Competencia, núm. 53/2004, de 28 de junio; núm. 60/2004, de 18 de octubre; y núm. 4/2010, de 22 de marzo. Y las SSTs, Sala 1ª, núm. 574/2007, de 30 de mayo; núm. 1344/2007, de 28 de diciembre; y núm. 62/2011, de 11 de febrero).

Pero, cuando esta controvertida cuestión se entendía ya resuelta a favor del orden jurisdiccional civil, habiéndose pronunciado el Tribunal Supremo en este sentido de forma reiterada, se promulgó el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, que establece que:

“Cuando las Administraciones Públicas actúen, directamente o a través de una entidad de derecho privado, en relaciones de esta naturaleza, su responsabilidad se exigirá de conformidad con lo previsto en los artículos 32 y siguientes, incluso cuando concorra con sujetos de derecho privado o la responsabilidad se exija directamente a la entidad de derecho privado a través de la cual actúe la Administración o a la entidad que cubra su responsabilidad”.

No obstante, conforme al principio de jerarquía normativa debe imperar la regla establecida por el artículo 9.4 LOPJ, en la interpretación anteriormente aludida, esto es, que, cuando se ejerce la acción directa exclusivamente contra la aseguradora de responsabilidad civil de la Administración Pública (sin ejercer la acción de responsabilidad patrimonial contra esta última), la competencia jurisdiccional corresponde a los Juzgados y Tribunales del orden civil. De hecho,

las Audiencias Provinciales, mayoritariamente, se inclinaron por atribuir, tras la entrada en vigor de la citada Ley 40/2015, la competencia jurisdiccional, cuando sólo se ejerce la acción directa contra la aseguradora de responsabilidad civil de la Administración Pública sanitaria, al orden jurisdiccional civil, otorgando prevalencia a la LOPJ sobre la Ley Ordinaria 40/2015. Criterio que ha sido confirmado, en los términos expuestos, por el Tribunal Supremo.

En supuestos como el que analizamos el perjudicado cuenta con dos acciones: una contra el asegurado, causante del daño, que nace del hecho ilícito; otra, la acción directa contra la compañía de seguros, proveniente también del hecho ilícito, pero que presupone la existencia de un contrato de seguro (art. 76 LCS). Por tanto, el perjudicado puede acumular ambas acciones y ejercitarlas conjuntamente, contra el autor del daño y su aseguradora, unidos por vínculos de solidaridad. O puede ejercitarlas de forma independiente.

Cuando opta por ejercer exclusivamente la acción directa en vía civil, se producen varios efectos: (i) los tribunales del orden jurisdiccional civil tienen que constatar la previa existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, aplicando los arts. 32 a 35 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; (ii) la compañía de seguros debe abrir expediente para determinar la existencia del siniestro y, en su caso, proceder a su liquidación (art. 18 LCS); y (iii) la entidad aseguradora no puede oponer al perjudicado que está obligado a reclamar previamente frente a la Administración presuntamente responsable y esperar a que esta responsabilidad sea reconocida o rechazada en el correspondiente expediente administrativo.

Por otra parte, la resolución del Alto Tribunal también analiza si concurren los presupuestos

para imponer los intereses moratorios del art. 20 LCS o, por el contrario, concurre justa causa para no imponerlos (art. 20.8º LCS), cuestión sobre la que existe una abundante y reiterada jurisprudencia (así, las SSTs, Sala 1ª, núm. 743/2012, de 4 de diciembre; núm. 206/2016, de 5 de abril; núm. 36/2017, de 20 de enero; núm. 26/2018, de 18 de enero; núm. 56/2019, de 25 de enero; núm. 419/2020, de 13 de julio y núm. 96/2021, de 23 de febrero).

En el presente caso no se discuten ni la realidad del siniestro, ni la vigencia del seguro, ni que el siniestro está cubierto por la póliza de seguro de responsabilidad civil. También se ha acreditado que el consentimiento informado, que es presupuesto y elemento integrante de la *lex artis ad hoc*, no se obtuvo (cfr., entre muchas, las SSTs, Sala 1ª, núm. 948/2011, de 16 de enero; núm. 206/2016, de 5 de abril; y núm. 680/2023, de 8 de mayo).

La compañía de seguros de la Administración Pública Sanitaria opone que no tuvo conocimiento del siniestro, en concreto, de la ausencia del consentimiento informado, hasta poco tiempo antes de que se le diera traslado de la demanda. Sin embargo, la aseguradora no sólo no probó este extremo, sino que, además, constan anteriores actuaciones encaminadas a la reparación del daño contra la asegurada, que, en opinión del Tribunal Supremo, debieron ponerse en conocimiento de la compañía demandada, siendo excepcional no hacerlo.

La STS, Sala 1ª, núm. 579/2019, de 5 de noviembre, invocada por la compañía aseguradora de la responsabilidad civil sanitaria no guarda identidad de razón con el supuesto de esta litis, pues en el conflicto resuelto por aquella el perjudicado acudió previamente a la vía administrativa, de forma que dicha resolución consideró, ante la singularidad del supuesto, que una prudente compañía no resarciese el daño

hasta que se pronunciara la Administración, y se precisa que:

“hasta tal punto es así, a efectos de causa justificada, que existe un cambio sustancial, no ya de cuantía, sino de conceptos a valorar, entre lo decidido por la resolución administrativa no impugnada y lo reclamado en la demanda de este litigio”.

Esta fue la *ratio decidendi* determinante de que se entendiese que concurría causa justificada para no imponer los intereses de demora desde la fecha del siniestro. Sin embargo, en el caso resuelto por la STS, Sala 1ª, núm. 1322/2023, de 27 de septiembre, no hubo reclamación administrativa previa, ni el perjudicado estaba obligado a promoverla, sino que ejercitó exclusivamente la acción directa contra la entidad aseguradora. Por ello, entiende el Tribunal Supremo que:

“Procede, en consecuencia, estimar el recurso de casación dada la falta de diligencia de la compañía en la puntual y exigible liquidación del siniestro, lo que conforma el presupuesto de su mora causante de la tardía reparación del daño sufrido por el perjudicado, que se vio forzado a acudir a un dilatado proceso judicial, ante la pasividad de la compañía que, con su comportamiento omisivo, se hizo acreedora a la condena de los intereses legales del art. 20 LCS, entidad que no puede obligar al demandante a acudir a la vía administrativa previa para que la Administración reconozca su responsabilidad o esperar el pronunciamiento firme de la sentencia civil, lo que dejaría a dicho precepto sin juego normativo”.

**NO CABE LA INDEMNIZACIÓN DE LOS GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA OCASIONADOS POR LOS DAÑOS CORPORALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN, POSTERIORES A LA FECHA DE ESTABILIZACIÓN LESIONAL
(STS, SALA 1ª, NÚM. 1226/2023, DE 14 DE SEPTIEMBRE)**

La STS, Sala 1ª, núm. 1226/2023, de 14 de septiembre (ECLI:ES:TS:2023:3691), explica de forma muy clara los distintos regímenes jurídicos que se han ido aplicando en los últimos años a los gastos de asistencia sanitaria que las entidades aseguradoras están obligadas a reembolsar a las víctimas de accidentes de circulación, en función de las distintas redacciones que ha tenido el anexo regulador del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que forma parte del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Otro de los temas que han sido muy controvertidos en los últimos años es el del alcance de la cobertura de los daños corporales derivados de accidentes de circulación y, en particular, si la compañía de seguros debe indemnizar las secuelas originadas por dichos accidentes, aunque las mismas puedan prolongarse en el tiempo o, incluso, ocasionar que el perjudicado por el accidente de circulación necesite cuidados sanitarios de por vida.

El supuesto resuelto por la sentencia dimanada de un grave accidente de circulación en el que el demandante solicitó la indemnización de los gastos de asistencia médica, hospitalaria y farmacéuticos necesarios hasta la sanación o consolidación de las secuelas, dándose la

circunstancia de que dichos tratamientos serían por el resto de la vida de la víctima.

La sentencia de primera instancia desestimó la demanda interpuesta contra el Consorcio de Compensación de Seguros, aplicando (por la fecha del siniestro) la versión vigente del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (en la redacción dada por la Ley 21/2007, de 11 de julio), que excluía la indemnización de los gastos posteriores a la fecha de la consolidación de las lesiones.

La Audiencia Provincial estimó en parte el recurso de apelación interpuesto por la víctima del accidente de circulación, pues, aun reconociendo que la versión aplicable del referido baremo puede limitar la reclamación de gastos hasta la consolidación de las secuelas, entendió que debían tenerse en cuenta ciertos aspectos, como eran que: (i) en el informe de alta del demandante quedó fijada la necesidad de futuros tratamientos, si bien sin concretarlos; (ii) fue en la demanda en la que se identificaron esos tratamientos, consistentes en la aplicación de hormona del crecimiento para evitar el progresivo deterioro de las funciones motoras y psíquicas; (iii) en tanto se trataba de un daño sobrevenido puede ser objeto de cobertura, como se indica en la STS, Sala 1ª, de 17 de enero de 2019; y (iv) cabía considerar el apartado 7 del anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y

seguro en la circulación de vehículos a motor (LRCSCVM), así como los principios del derecho europeo de la responsabilidad civil (cfr. la SAP de Zaragoza, Sección 4ª, núm. 177/2019, de 25 de junio).

El Consorcio de Compensación de Seguros recurrió en casación, planteando si el gasto por el tratamiento con la hormona del crecimiento debía ser sufragado o no por aquel, teniendo en cuenta el número 6 del apartado primero del anexo LRCSCVM, en la redacción dada por la Ley 21/2007, de 11 de julio:

“Además de las indemnizaciones fijadas con arreglo a las tablas, se satisfarán en todo caso los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en la cuantía necesaria hasta la sanación o consolidación de secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada”.

El Tribunal Supremo recuerda en esta sentencia que la interpretación del alcance de los gastos sanitarios indemnizables, por los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, ha cambiado con ocasión de ciertas reformas legislativas. Así, hasta la reforma introducida en la LRCSCVM por la Ley 21/2007, de 11 de julio, los gastos sanitarios que trajeran causa de accidentes de circulación, entendidos en sentido amplio, eran indemnizables sin limitación temporal alguna (número 6 del apartado primero del anexo LRCSCVM).

A partir de entonces y hasta la reforma introducida en la LRCSCVM por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre (que acoge el principio de la total indemnidad del perjudicado), sólo se indemnizaban los gastos ya devengados en el momento de la sanación o consolidación de las secuelas.

Actualmente, suprimida por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, la limitación temporal contemplada en el número 6 del apartado primero del anexo LRCSCVM, la indemnización por los gastos médicos, farmacéuticos y de ortopedia invertidos en la curación o rehabilitación de las heridas y secuelas derivadas del siniestro no está sujeta al límite de la sanación o consolidación de las secuelas (para comprobar los cambios habidos en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, cfr. las sentencias, Sala 1ª, núm. 383/2011, de 8 de junio; núm. 786/2011, de 22 de noviembre; núm. 642/2014, de 6 de noviembre; núm. 13/2017, de 13 de enero; núm. 659/2017, de 12 de diciembre; y núm. 84/2020, de 6 de febrero).

Por consiguiente, el recurso de casación fue estimado, pues la sentencia recurrida desconoció la limitación temporal establecida en el régimen normativo que resultaba de aplicación y la doctrina de esta Sala que lo interpreta. En definitiva, los gastos del tratamiento con la hormona del crecimiento que el recurrente necesitaba como resultado del daño cerebral que le ocasionó el accidente van más allá del límite temporal determinado por la sanación o consolidación de las secuelas.

**LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PUEDE RECLAMAR EL REINTEGRO DE LOS GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA A UN BENEFICIARIO DE MUFACE AFECTADO POR COVID-19
(STS, SALA 3ª, NÚM. 1271/2023, DE 17 DE OCTUBRE)**

La STS, Sala 3ª, núm. 1271/2023, de 17 de octubre (ECLI:ES:TS:2023:4277), analiza qué sujeto debe asumir los gastos de la asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud a un beneficiario de la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), dándose la particularidad de que el paciente había optado por la asistencia sanitaria prestada por una de las entidades aseguradoras privadas concertadas con la citada Mutualidad y de que la prestación se realizó en la época en la que estuvo vigente el estado de alarma provocado por la Covid-19.

El reintegro promovido por la Administración Pública, de los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria prestada a un paciente beneficiario del Sistema Nacional de Salud Pública y, además, asegurado, contra la entidad aseguradora privada de este último, ha sido objeto de múltiples resoluciones judiciales, no siempre coincidentes. El caso que aborda esta sentencia del Tribunal Supremo tiene la particularidad de que la prestación de asistencia sanitaria pública la recibe un beneficiario de MUFACE, asegurado por una compañía de seguros concertada con la Mutualidad, que no dispone de cobertura pública (en este sentido, debe subrayarse que estos mutualistas han de optar entre dos coberturas alternativas y excluyentes, salvo en supuestos excepcionales: la sanidad pública y la sanidad privada).

De forma resumida, los hechos son los siguientes: la entidad aseguradora privada del beneficiario de MUFACE recurre la liquidación

efectuada por un hospital público, con motivo de la atención sanitaria prestada a dicho asegurado durante el estado de alarma provocado por la Covid-19. Desestimada la reclamación económico-administrativa, se interpuso recurso contencioso-administrativo, íntegramente desestimado por la STSJ de Madrid, Sección 8ª, de 6 de mayo de 2022, en los siguientes términos:

“... siendo la prestación de salud pública una prestación integrada en el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, las actuaciones concretas de salud pública, de vigilancia epidemiológica y de prevención y abordaje de epidemias, quedan excluidas de la Cartera de Servicios en el ámbito de las Mutualidades por requerir, sin duda, una acción general de protección unificada en el propio Sistema Nacional más allá del régimen específico de mutualismo administrativo...

... en cualquier caso, la atención o asistencia sanitaria dispensada en este caso al paciente, beneficiario de MUFACE a través de la entidad actora, pese al contexto en que se produjo, de crisis sanitaria ocasionada por la pandemia por COVID-19, no se entiende excluida de la que la demandante venía obligada a prestar según el Concierto. Ello es así porque ni se trataba de una actuación en materia de salud pública propiamente dicha, menos aún de una actuación de vigilancia epidemiológica, como postula

la parte demandante, sin perjuicio, claro está de la necesaria comunicación a las autoridades sanitarias sobre los casos atendidos por COVID-19”

El recurso de casación fue admitido por apreciarse interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia, en orden a determinar si el gasto ocasionado por la referida asistencia sanitaria prestada por un hospital público debe ser soportado por el sistema público sanitario, al constituir una excepción a los servicios sanitarios que se deben proveer por la Mutuality o, por el contrario, procede la liquidación de un precio público, a fin de reclamar a la compañía aseguradora concertada con la Mutuality el gasto generado por tal asistencia.

El Tribunal Supremo basa su resolución, fundamentalmente, en la disposición adicional cuarta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que regula la obligación de las entidades gestoras de los regímenes especiales de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y del Personal al Servicio de la Administración de Justicia (MUGEJU), de garantizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Y también en la resolución de 13 de diciembre de 2019, de MUFACE, por la que se publica el concierto suscrito con las entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a sus beneficiarios durante los años 2020 y 2021 (concierto que se renueva periódicamente; cfr. la Resolución de 22 de diciembre de 2021, de MUFACE, por la que se publica el concierto suscrito con las entidades de seguro durante los años 2022, 2023 y 2024, publicado en el B.O.E. núm. 308, de 24 de diciembre de 2021).

La sentencia acoge los argumentos esgrimidos por la referida STSJ de Madrid, Sección 8ª, de 6 de mayo de 2022, añadiendo lo que sigue:

“Por otra parte, debe recordarse que la Estrategia de Diagnóstico, Vigilancia y Control en la Fase de Transición de la pandemia de COVID-19, distinguía, con claridad, entre las áreas de asistencia sanitaria y vigilancia epidemiológica; lo que, de suyo, impide considerar que la actuación llevada a cabo con el paciente, en este caso, pudiera incardinarse en la última área mencionada, y sí como asistencia sanitaria (urgencias y hospitalización), no excluidas de la cartera de servicios a realizar dentro del concierto con MUFACE a sus beneficiarios, prestación que debió realizarse por la entidad concertada con la mutuality correspondiente y, por tanto, concurre el presupuesto de hecho del precio público necesario para exigir su cobro, siendo dicha entidad ASISA el tercero obligado al pago a que hace referencia toda la normativa antes referida”.

Por consiguiente, pese a la situación de pandemia, MUFACE y la entidad aseguradora privada elegida por el beneficiario de dicha Mutuality tenían la obligación de garantizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud a través de prestaciones directas, al margen de las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y la manera de abordar la reiterada epidemia.

Termina subrayando el Alto Tribunal que la regulación relativa al estado de alarma no modificó ni suspendió las obligaciones que tenían las entidades aseguradoras privadas concertadas con MUFACE, sino que, con las normas contenidas en el Real Decreto 463/2020,

de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria provocada por la Covid-19 y su desarrollo, se reforzaron los deberes de colaboración impuestos legalmente en supuestos de epidemias y catástrofes. Y, en consecuencia:

“por la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Madrileño de Salud a un paciente afectado por la enfermedad denominada COVID-19 que es beneficiario de MUFACE,

procede la liquidación de un precio público a fin de reclamar a la compañía aseguradora, que colabora por medio de concierto con la mencionada mutualidad, el gasto generado por la asistencia”.

En definitiva, se trata de una resolución de trascendental relevancia, pues pronostica la viabilidad de millonarias reclamaciones de la Administración Pública de Salud frente a las aseguradoras privadas de los numerosos beneficiarios del mutualismo administrativo.

LA FUERZA MAYOR EXTRAÑA A LA CONDUCCIÓN O AL FUNCIONAMIENTO DEL VEHÍCULO COMO CONCEPTO RELEVANTE EN EL ÁMBITO DE LA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS CAUSADOS A LAS PERSONAS POR EL CONDUCTOR DE UN VEHÍCULO A MOTOR (STS, SALA 1ª, NÚM. 1506/2023, DE 27 DE OCTUBRE)

1. Planteamiento general

La STS, Sala 1ª, núm. 1506/2023, de 27 de octubre (ECLI:ES:TS:2023:4601), analiza qué debe entenderse por “*fuerza mayor extraña a la conducción o al funcionamiento del vehículo*”, en orden a determinar si el conductor de una motocicleta es responsable de los daños corporales causados al copiloto, habiéndose producido el accidente por encontrarse la calzada deslizante a causa de la tierra amontonada y mojada por la lluvia caída el día anterior al del siniestro.

Para abordar la cuestión planteada ha de partirse necesariamente de lo dispuesto en el art. 1 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (LRCSVM), que establece, en relación con los daños causados a las personas con motivo de la circulación, un sistema de responsabilidad objetiva atenuada por riesgo. Es decir, el conductor de un vehículo a motor responde por el riesgo creado por su conducción, tenga o no culpa en el accidente, de los daños causados a las personas, a no ser que pruebe la concurrencia de alguna de las causas de exoneración que el propio precepto menciona: o la culpa exclusiva del perjudicado o la fuerza mayor extraña a la conducción o al funcionamiento del vehículo (no considerándose casos de fuerza mayor los

defectos del vehículo ni la rotura o fallo de alguna de sus piezas o mecanismos).

En el caso resuelto por la sentencia aquí analizada es preciso determinar si la existencia de barro en la calzada a consecuencia de la lluvia caída el día anterior constituye una circunstancia que pueda ser caracterizada como fuerza mayor extraña a la conducción, de forma que el conductor de la motocicleta y su compañía aseguradora (sujetos codemandados) puedan resultar exentos de responsabilidad.

La sentencia de primera instancia desestimó la demanda, calificando el accidente de “suceso luctuoso” y encuadrable dentro de los “riesgos generales de la vida”, concluyendo que el siniestro no se debió a la imprudencia del conductor sino al exceso de barro acumulado en la carretera.

La SAP de Alicante, Sección 6ª, núm. 46/2019, de 19 de febrero, desestimó el recurso de apelación, entendiéndolo que no se había acreditado por el demandante que el accidente se hubiera producido por fuerza mayor o por caso fortuito que no fuera extraño a la conducción o al funcionamiento del vehículo.

2. La doctrina jurisprudencial sobre la “fuerza mayor extraña a la conducción o al funcionamiento del vehículo” como causa de exoneración de responsabilidad del conductor

Sobre el significado de la expresión “*fuerza mayor extraña a la conducción o al funcionamiento del vehículo*” se ha pronunciado el Alto Tribunal en varias ocasiones, destacando, entre otras, las SSTS, Sala 1ª, núm. 850/1989, de 17 de noviembre; núm. 712/2008, de 17 de julio; y núm. 3/2015, de 4 de febrero, en las que señaló:

(i) Que la fuerza mayor extraña a la conducción es aquella que está ligada a una causa extraña, con entidad suficiente para romper el nexo causal, que se impone, de modo irresistible, al desarrollo de la actividad ya por sí peligrosa, mientras que el caso fortuito ordinario es el que tiene lugar dentro de la actividad, como supuesto conocido y relativamente frecuente.

(ii) Que la fuerza mayor extraña al vehículo es la que se origina fuera del ámbito de la empresa (en este caso representada por el vehículo a motor por virtud de la expresa dicción legal), proyectándose este concepto más que sobre la imprevisibilidad respecto de la inevitabilidad, quedando para el caso fortuito lo simplemente imprevisto que se situaría fuera del ámbito del art. 1 LRCSVM.

(iii) Que la doctrina más autorizada distingue, en relación con la procedencia del hecho que impide el cumplimiento, si la procedencia es externa al círculo de la actividad en el que la obligación se desenvuelve o es interna. En este último caso, estaríamos ante un supuesto de caso fortuito que no sería liberatorio en sede de responsabilidad objetiva.

(iv) Que también hay otros autores que entienden que el caso fortuito encierra siempre la posibilidad de una sospecha de culpa que no existe cuando el suceso consiste en una fuerza mayor extraña o ajena al riesgo desplegado.

3. El caso resuelto por la STS, Sala 1ª, núm. 1506/2023, de 27 de octubre

En el concreto caso que nos ocupa, el Tribunal Supremo estimó el recurso de casación, al sostener que la existencia de barro en la calzada a consecuencia de la lluvia caída el día anterior al de la producción del siniestro no constituye una circunstancia anómala, inusual o imprevisible que pueda ser caracterizada como fuerza mayor extraña a la conducción y justificar que el conductor de la motocicleta y su compañía aseguradora resulten exentos de responsabilidad, pues el hecho de que el pavimento estuviera deslizante por efecto de la lluvia y el barro forma parte del riesgo de la circulación y no constituye una circunstancia ajena, por extraña, a la conducción.

Apreció, además, culpa por parte del conductor en la producción del accidente, al entender que debió tener en cuenta las características y el estado de la vía, las condiciones meteorológicas y de circulación y, en general, cuantas circunstancias concurriesen en ese momento, no solo circulando a una velocidad moderada y adecuada a las mismas, sino incluso deteniendo su vehículo de ser preciso y así exigirle el hecho de circular por pavimento deslizante.

Por ello, asumió la instancia y examinó las dos objeciones formuladas por la aseguradora para el supuesto de que se entendiese que concurría algún tipo de responsabilidad en el conductor de la motocicleta.

Por un lado, frente a la objeción de que la cantidad reclamada por causa de incapacidad permanente total era excesiva (71.681,96 euros), el Tribunal Supremo entendió que la cantidad era justificada y proporcionada, pues no excedía del límite establecido por el baremo que resultaba de aplicación.

Por otro, frente a la objeción de que no era de aplicación el art. 20 LCS, al entender la aseguradora que concurría causa justificada para no satisfacer la indemnización, consistente en la presunta actuación fraudulenta por parte del demandante, que obligó a aquella a interponer una querrela por estafa, el Alto Tribunal sostuvo que los tribunales penales y civiles habían descartado que el demandante fuere el conductor de la motocicleta.

Por ello, rechazó la objeción, so pena de convertir la mera opinión contraria de la aseguradora en causa justificada para no satisfacer la indemnización, estableciendo como fecha del inicio del devengo de los intereses moratorios la de la sentencia del Juzgado de lo Social que declaró la incapacidad permanente (y no la del auto de archivo de la causa penal como pretendía la compañía aseguradora del vehículo a motor).

Una vez más, el Tribunal Supremo defiende una interpretación restrictiva del art. 20.8 LCS (cfr. lo ya comentado anteriormente sobre esta norma en relación con las SSTs, Sala 1ª, núm. 1321/2023 y núm. 1322/2023, ambas de 27 de septiembre).



Zurbarán Abogados S.L.P.
Avda. Diego Martínez Barrio, 10
Planta 4ª, Edificio INSUR
41013 Sevilla

(+34) 954 470 470
sevilla@zurbaran.net

@ Zurbarán Abogados, S.L.P., 2023.
Todos los derechos reservados.