

TRIBUNAL SUPREMO. SALA CIVIL. GABINETE TÉCNICO

Sentencia 64/2018, de 6 de febrero. Casación 1286/2015

APLICACIÓN DEL RÉGIMEN DE MORA DEL ARTÍCULO 20 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE SALUD

El Pleno de la Sala Primera del Tribunal Supremo ha estimado el recurso de casación interpuesto contra una sentencia de la Audiencia Provincial de Vitoria-Gasteiz que denegó la imposición de los intereses moratorios del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS) a la compañía de seguros de salud demandada. La sentencia de primera instancia había condenado a dicha aseguradora al pago de una indemnización de 58.680,16 euros por los daños causados a consecuencia de la mala praxis médica de un profesional integrado en su catálogo de servicios.

La Sala Primera considera que la aplicación del régimen de mora de la LCS a las aseguradoras sanitarias ofrece numerosas variantes, según la modalidad de seguro contratada, las estipulaciones contenidas en la póliza y el contenido y alcance de la obligación que dicha ley impone a las aseguradoras cuando el objeto del seguro no es el reintegro de los gastos médico-quirúrgicos, sino la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, que es una modalidad de seguro contemplada expresamente en el artículo 105 LCS.

De hecho, es un aspecto controvertido en la doctrina y en la solución de algunas Audiencias Provinciales si el objeto del seguro de asistencia sanitaria se extiende a asegurar el daño cuya causa es la mala práctica profesional médica o si la asunción directa del servicio, a que se refiere el artículo 105 LCS, se limita a la actividad de organización, financiación y provisión, pero no al acto médico. Se podrá discutir si sería necesaria una mejor delimitación de los artículos 105 y 106 LCS, que estableciera el alcance de las respectivas obligaciones de las partes y su posición frente a los errores médicos y hospitalarios, pero lo cierto es que en su redacción actual no permite otros criterios de aplicación que los que resultan de una reiterada jurisprudencia de esta sala sobre el contenido y alcance de la norma y la responsabilidad que asumen las aseguradoras con ocasión de la defectuosa ejecución de las prestaciones sanitarias por los centros o profesionales, como auxiliares de las mismas en el ámbito de la prestación contractualmente convenida, en unos momentos en que la garantía y calidad de los servicios mediante sus cuadros médicos se oferta como instrumento de captación de la clientela bajo la apariencia y la garantía de un servicio sanitario atendido por la propia entidad.

En el caso resuelto por esta sentencia se tienen en cuenta dos datos fundamentales: las características del seguro y el criterio de imputación de responsabilidad a la aseguradora. En primer lugar, se trataba de un seguro denominado «Seguro de enfermedad. Póliza de asistencia sanitaria», en el que

el asegurado podía elegir el médico especialista dentro del catálogo de profesionales y servicios ofertados por la aseguradora. En segundo lugar, la condena firme de la aseguradora al pago de la indemnización se debe a la responsabilidad que se le imputa por razón del contrato de seguro, y esta condena es claramente indicativa de que había asumido no solo la obligación de prestar los servicios médicos a sus afiliados, sino también la de garantizarles una correcta atención, que al haberse incumplido ha sido subsumida por la sentencia recurrida en la responsabilidad del artículo 1903.4 del Código Civil (CC).

La sala considera que, en estas circunstancias, el régimen de intereses moratorios de artículo 20 LCS no está previsto únicamente para el incumplimiento de la prestación característica e inmediata del asegurador, sino que alcanza a todas las prestaciones convenidas vinculadas al contrato de seguro de asistencia sanitaria. Por todo ello, estima el recurso de casación y condena a la aseguradora al pago de dichos intereses desde la fecha en que tuvo conocimiento de los hechos.

La sentencia cuenta con el voto particular de un magistrado, que considera que la norma sanciona exclusivamente la mora por parte de la aseguradora en el cumplimiento de las obligaciones que constituyen directamente el objeto del contrato (asistencia médica) y no la que puede derivar de la aplicación de una norma ajena al contrato de seguro, como es la del artículo 1903 CC, según el resultado de la asistencia prestada.

Gabinete Técnico. Área Civil

Febrero 2018

CASACIÓN núm.: 1286/2015

Ponente: Excmo. Sr. D. José Antonio Seijas Quintana

Letrada de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio
Sánchez Guiu

TRIBUNAL SUPREMO
Sala de lo Civil
PLENO

Sentencia núm. 64/2018

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D. José Antonio Seijas Quintana

D. Antonio Salas Carceller

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D. Ignacio Sancho Gargallo

D. Francisco Javier Orduña Moreno

D. Rafael Sarazá Jimena

D. Eduardo Baena Ruiz

D. Pedro José Vela Torres

D^a. M.^a Ángeles Parra Lucán

En Madrid, a 6 de febrero de 2018.

Esta sala ha visto el recurso de casación contra la sentencia dictada en grado de Apelación por la sección primera de la Audiencia Provincial de Vitoria-Gasteiz, como consecuencia de autos de juicio ordinario n.º 1519/2011, seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia

n.º uno de Vitoria-Gasteiz, cuyo recurso fue interpuesto ante la mencionada Audiencia por la representación procesal de doña XXX, representada ante esta Sala por la procuradora de los Tribunales doña Isabel Covadonga Julia Corujo y bajo la dirección letrada de don Salvador Asenjo García siendo parte recurrida Igualatorio Quirúrgico Médico S.A. de Seguros, representado por la procuradora de los Tribunales doña Gloria Teresa Robledo Machuca y bajo la dirección letrada de don David Fernández de Retama Gorostizagoiza.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. José Antonio Seijas Quintana.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- 1.º- La procuradora doña Itziar Landa Irizar, en nombre y representación de doña XXX, interpuso demanda de juicio ordinario, contra Igualitario Quirúrgico Médico, S.A. (IQUIMESA) del grupo Adeslas y alegando los hechos y fundamentos de derecho que consideró de aplicación, terminó suplicando al Juzgado se dictara sentencia en el sentido siguiente:

«que se declare la responsabilidad civil de la entidad aseguradora Igualatorio Quirúrgico Médico S.A., condenándole a pagar a doña XXX la suma de 125.000,00 euros, como indemnización por los daños y perjuicios que se le han provocado, más el incremento que resulte de aplicar a la suma indemnizatoria que se determine los intereses que fueren aplicables legalmente y con la expresa imposición a la demandada de las costas procesales».

2.º- La procuradora doña Ana Rosa Frade Fuentes, en nombre y representación de Igualitario Quirúrgico Médico, S.A (IQUIMESA), actualmente Iquisema Seguros de Salud SA, contestó a la demanda y oponiendo los hechos y fundamentos de derecho que consideró de aplicación terminó suplicando al Juzgado dictase en su día sentencia por la que:

«desestimando íntegramente la demanda, absuelva a mi mandante de los pedimentos que contra ella la actora dirigió, con expresa imposición de las costas del procedimiento la parte actora».

SEGUNDO.- Previos los trámites procesales correspondientes y práctica de la prueba propuesta por las partes y admitidas el Sr. magistrado juez del Juzgado de Primera Instancia n.º uno de Vitoria-Gasteiz, dictó sentencia con fecha 25 de junio de 2014, cuya parte dispositiva es como sigue FALLO:

«Que estimando parcialmente la demanda interpuesta por la procuradora de los Tribunales, Itziar Landa Irizar, en nombre y representación de XXX contra Iguatoria Quirúrgico médico S.A (Iquimesa) del grupo Adeslas y en consecuencia condeno a la demandada al pago de 58.680,16 euros, cantidad que devengará el interés legal del dinero desde la fecha de la interposición de la demanda, 28 de octubre de 2011, hasta la fecha de la presente resolución».

TERCERO.- Contra dicha sentencia interpuso recurso de apelación la representación procesal de doña XXX. La sección primera de la Audiencia Provincial de Vitoria-Gasteiz, dictó sentencia con fecha 27 de febrero de 2015, cuya parte dispositiva es como sigue:

«desestimar el recurso de apelación interpuesto por doña XXX contra la sentencia nº 120/14 dictada en el procedimiento ordinario seguido bajo el n.º 1519/11 ante el Juzgado de Primera Instancia núm. uno de Vitoria-Gasteiz, confirmamos la misma con expresa imposición a la recurrente de las costas del recurso».

CUARTO.- Contra la expresada sentencia interpuso recurso de casación la representación de doña XXX, con apoyo en los siguientes: Motivos: Primero.- Infracción de lo dispuesto en el artículo 20.3 de la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre, por aplicación indebida de la doctrina jurisprudencial establecida en las sentencias de la Sala de lo Civil: 4 de junio de 2009, 24 de mayo de 2012, 16 de enero de 2012 y auto de 17 de septiembre de 2013. Segundo.- Infracción del artículo 20. 4º de la Ley de Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de octubre por aplicación indebida de la doctrina jurisprudencial contenida en las sentencias de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo anteriormente citadas e incorporadas.

QUINTO.- Remitidas las actuaciones a la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo por auto de fecha 10 de mayo de 2017, se acordó admitir el recurso interpuesto y dar traslado a la parte para que formalizara su oposición en el plazo de veinte días.

SEXTO.- Admitido el recurso y evacuado el traslado conferido, la procuradora doña Gloria Teresa Robledo Machuca, en nombre y representación de Igualitario Quirúrgico Médico, S.A. (IQUIMESA), actualmente Iquisema Seguros de Salud, SA, en adelante (IMQ), presentó escrito de impugnación al mismo.

SÉPTIMO.- No habiéndose solicitado por todas las partes la celebración de vista pública, se señaló para pleno de la Sala el día 22 de noviembre de 2017, en que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La cuestión jurídica que suscita el recurso es si a una compañía de seguros de salud declarada civilmente responsable por una mala praxis médica de profesionales de su cuadro, le es de aplicación el régimen de mora establecido en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, todo ello a partir de los siguientes hechos:

a) D^a. XXX interpuso demanda contra Igualatorio Quirúrgico Médico, S.A., de Seguros reclamando una indemnización por valor de 125.000,00 euros y los intereses legalmente aplicables, por responsabilidad civil por los daños producidos por mala praxis médica en una intervención quirúrgica que derivó en una infección renal y posterior pérdida de un riñón. Igualatorio Quirúrgico Médico, S.A., de Seguros se opuso a la demanda entendiendo que carecía de legitimación pasiva en el procedimiento, habiendo cumplido sus obligaciones contractuales, circunscritas a la asunción del coste de la intervención quirúrgica, y que no incurría en responsabilidad *in eligendo* ya que la elección de la médico

y del centro en que se realizó la intervención correspondían a la demandante, alegando subsidiariamente cumplimiento de la *lex artis* por parte del profesional.

b) En su demanda solicitó que la indemnización se incrementara con «los intereses que fueren aplicables legalmente», sin aludir expresamente a los especiales de demora del art. 20 LCS. La sentencia de primera instancia solo impuso los legales de los arts. 1100, 1101 y 1108 CC desde la demanda y procesales del art. 576 LEC, desde la sentencia, y denegó la aclaración referida a la imposición de los del art. 20 LCS.

c) A esta cuestión jurídica se contrajo el recurso de apelación de la parte demandante, al que se opuso la aseguradora. La sentencia de segunda instancia rechazó su imposición con el argumento fundamental -coincidente en gran parte con la posición de la aseguradora- de que los intereses de demora del art. 20 LCS, por su naturaleza o razón de ser, difícilmente concilian con el tipo de prestación de hacer -obligación de medios consistente en prestar un servicio médico, quirúrgico u hospitalario cuando lo solicite el asegurado- a que se obliga la aseguradora en los seguros de asistencia sanitaria, al tratarse de una prestación ajena a la lógica indemnizatoria que subyace en dicho precepto, y porque la responsabilidad de la aseguradora sanitaria en un caso, como el enjuiciado, de mala praxis de un facultativo de su cuadro médico, puede considerarse contractual o extracontractual por hecho ajeno, pero en ningún caso tiene fundamento en «la prestación derivada de un contrato de seguro». La Audiencia consideró además que la tesis de la apelante no encontraba sustento en ninguna de las sentencias de esta sala que había invocado por dictarse en casos de seguros de responsabilidad civil en que la acción ventilada era la directa del art 76 LCS.

d) El hecho de que la indemnización concedida a la demandante no se incrementara con estos intereses es lo que determina la formulación del recurso de casación por interés casacional en la

modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, y en la infracción de los apdos. 3.º y 4.º del art. 20 LCS.

SEGUNDO.- El recurso se estima, por lo siguiente:

1. Es cierto que existen ejemplos en la doctrina de esta sala que demuestran que esta no ha encontrado paliativo a la hora de imponer los intereses del art. 20 LCS a las aseguradoras sanitarias. Es cierto también que en ocasiones estos intereses se confunden con los que se imponen a la aseguradora de la responsabilidad civil de los profesionales o centros sanitarios incluidos en sus cuadros, lo que es ajeno a este caso, puesto que la acción formulada no se ha ejercitado contra el facultativo responsable del daño y su aseguradora, sino contra la aseguradora sanitaria.

2. En la sentencia 438/2009, de 4 de junio se imponen estos intereses por dos razones: «En primer lugar, los defectos de cumplimiento, como afirma la sentencia, "se transmutan en una prestación indemnizatoria de los daños y perjuicios, cumplimiento por equivalencia con naturaleza de deuda de valor, que se paga en dinero" y el interés alcanza a todas las prestaciones del asegurador. En segundo lugar, esta sala ha seguido una línea interpretativa caracterizada por un creciente rigor en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma (SSTS 16 de julio y 9 de diciembre 2008; 12 de febrero 2009)».

El resto de las sentencias invocadas por la parte recurrente en casación no resultan de aplicación al caso:

a) La sentencia 948/2011, de 16 de enero de 2012, no es aplicable porque, aunque se demandó por daños derivados de mala praxis tanto al médico responsable como a la aseguradora que cubría su responsabilidad civil, y a la aseguradora de salud, lo determinante es que en apelación solo se condenó al pago de los intereses del art. 20 LCS a la primera aseguradora y que, por esta razón, en casación la controversia se ciñó a la concurrencia o no de causa justificada para no imponer los intereses de demora a la entidad condenada. Es decir, no

se abordó el tema que nos ocupa de si procede imponer los intereses del art. 20 LCS a la aseguradora sanitaria.

b) La sentencia 336/2012, de 24 de mayo tampoco resulta de aplicación porque esta sala no tuvo oportunidad de examinar esta cuestión en casación. Según refirió en el fundamento de derecho primero, «en aclaración de la sentencia interesada por los actores para determinar si se habían o no impuesto a MAPFRE los intereses del artículo 20 de la LCS, señaló que se habían impuesto, sin que tal pronunciamiento haya sido atacado específicamente en su recurso». En consecuencia, desestimó que se hubiera vulnerado el art. 20 LCS por aplicación indebida a una aseguradora sanitaria.

c) La sentencia 475/2013, de 3 de julio solo confirmó la sentencia desestimatoria de apelación y, por tanto, nada dijo sobre la cuestión.

3. La solución al problema ofrece numerosas variantes, según la modalidad de seguro contratada, las estipulaciones contenidas en la póliza y el contenido y alcance de la obligación que el artículo 105 de la Ley de Contrato de Seguro, dentro del seguro de personas, impone a la aseguradora cuando asume la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, especialmente referida a la relación de la aseguradora con su asegurado, y las obligaciones que derivan de esta relación para la aseguradora en el sentido de si pueden ser determinantes de la existencia o no de mora, de la que es consecuencia la imposición de los intereses del artículo 20 de la citada ley, como responsable del daño.

4. En el presente caso partimos de dos datos fundamentales: el primero se refiere a la relación de seguro existente entre D. ^a XXX y la entidad Igualatorio Quirúrgico Médico, S.A. (IQUIMESA), perteneciente al Grupo Adeslas, en virtud de póliza en vigor. Dicha sociedad tenía por objeto social la práctica de operaciones de seguros de asistencia sanitaria que forman parte del ramo de enfermedad en Álava y Guipúzcoa.

Se trata de un seguro cuyas características son las siguientes:

(i) Es un seguro que se denomina: «Seguro de enfermedad. Póliza de asistencia sanitaria» (al definir su objeto también se usa el término «Seguro de Asistencia Sanitaria»).

(ii) La cobertura alcanzaba a la atención sanitaria en la especialidad en la que se produjo el daño, y el asegurado podía elegir a uno de los médicos especialistas del catálogo de servicios de la aseguradora, señalándose expresamente que «en el presente Seguro de Asistencia Sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria».

(iii) El asegurado solo podía «elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos que realizan, dentro de los Catálogos de Servicios de IQUIMESA que en cada momento se encuentren vigentes, las prestaciones sanitarias incluidas en la Póliza».

No es, por tanto, un seguro de los de reintegro de los gastos médico-quirúrgicos, sino de asistencia médica en la forma descrita.

El segundo tiene que ver con el criterio de imputación de responsabilidad a la aseguradora, que no ha sido cuestionado. La jurisprudencia de esta sala no imputa automáticamente responsabilidad a las entidades aseguradoras de la asistencia médica, como se ha sostenido por alguna doctrina. La sentencia 1242/2007, de 4 de diciembre, establece las bases o criterios doctrinales que se han ido reiterando en posteriores sentencias y que no son más que la concreción de los criterios con que ha sido reconocida o rechazada, alternativa o combinadamente, en la jurisprudencia de esta sala, «en atención a las circunstancias de cada caso».

Lo que se dice tiene relación con un aspecto indudablemente controvertido en la doctrina y en la solución de algunas Audiencias Provinciales sobre la delimitación del contenido de la prestación de la aseguradora: si el objeto del seguro de asistencia sanitaria se extiende a asegurar el daño cuya causa es la mala práctica profesional médica o si esa asunción directa del servicio, a que se refiere el artículo 105 de la LCS, se limita a la actividad de organización, financiación y provisión,

pero no al acto médico, cumpliendo la aseguradora con contratar a profesionales con la titulación y conocimientos necesarios para el ejercicio de la profesión médico sanitaria, y poner a cargo de estos profesionales la salud del paciente, y todo ello en atención a la forma en que se prestan estos servicios sanitarios, y el control que sobre los mismos tiene la aseguradora, teniendo en cuenta que el artículo 105 de la Ley de Contrato de Seguro establece como característica del seguro de asistencia sanitaria, frente al seguro de enfermedad o de reembolso, la circunstancia de que "el asegurador asume directamente la prestación de servicios médicos y quirúrgicos".

Se podrá discutir, como se razona en las sentencias 438/2009, de 4 de junio y 948/2011, de 16 de enero, si sería necesaria una mejor delimitación de los artículos 105 y 106 de la LCS, que estableciera el alcance de las respectivas obligaciones de las partes y su posición frente a los errores médicos y hospitalarios, pero lo cierto es que en su redacción actual no permite otros criterios de aplicación que los que resultan de una reiterada jurisprudencia de esta sala sobre el contenido y alcance de la norma y la responsabilidad que asumen las aseguradoras con ocasión de la defectuosa ejecución de las prestaciones sanitarias por los centros o profesionales, como auxiliares de las mismas en el ámbito de la prestación contractualmente convenida, en unos momentos en que la garantía y calidad de los servicios mediante sus cuadros médicos se oferta como instrumento de captación de la clientela bajo la apariencia y la garantía de un servicio sanitario atendido por la propia entidad.

5.- Ahora bien, con independencia del alcance que se deba dar a este artículo 105 para conciliarlo con la prohibición de que las aseguradoras desempeñen funciones ajenas a los cometidos propios del seguro (sentencia 1242/2007, de 4 de diciembre) y del contenido de cada póliza de aseguramiento en orden a determinar si la obligación de la aseguradora incluye no solo la asunción del coste económico de las operaciones médicas, sino también la prestación de garantía del servicio médico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad, es evidente que partimos en este caso de una condena firme de la aseguradora

sanitaria en aplicación del artículo 1903 del CC, es decir, partimos de una condena que tiene que ver con la responsabilidad que se le imputa por razón del contrato de seguro y que fue determinante para rechazar su falta de legitimación pasiva, y esta condena es claramente indicativa de que había asumido no solo la obligación de prestar los servicios médicos a sus afiliados, sino de garantizarles una correcta atención, que al haberse incumplido ha sido subsumida en la responsabilidad que establece el artículo 1903.4 del CC.

6. Lo cierto es que se ha producido un daño indemnizable en el patrimonio del asegurado tras la verificación del siniestro o materialización del riesgo, con los efectos que establece el artículo art. 20 LCS, respecto de los intereses, que no piensa únicamente en el incumplimiento de la prestación característica e inmediata del asegurador, sino que alcanza a todas las prestaciones convenidas vinculadas al contrato de seguro de asistencia, en virtud del cual se la condena.

TERCERO.- Al asumir la instancia, debemos resolver sobre la causa justificada que esgrime la aseguradora para que no se le impongan estos intereses. El hecho de que la demanda haya obviado una petición concreta sobre estos intereses y que esta omisión haya sido solventada por la Audiencia Provincial en atención a su naturaleza y posibilidad de imposición de oficio, supone que no ha habido contradicción entre las partes sobre la causa justificada y conocimiento del siniestro en un determinado momento, que ha esgrimido la aseguradora, hasta el recurso de apelación formulado por la demandante, y que ahora se reproduce en la oposición al recurso de casación, en el caso de que se admita el primer motivo formulado, para sostener que no ha tenido conocimiento del siniestro hasta la formulación de la demanda el 28 de octubre de 2011, plazo este que tiene en cuenta la sentencia de instancia para denegar la prescripción de la acción, como así es, en efecto, por lo que la causa justificada cubre únicamente hasta el momento en que la aseguradora tuvo conocimiento de los hechos con la demanda, a partir del cual, y hasta el completo pago de la indemnización,

deberán hacerse efectivos, en aplicación de la regla 6 del artículo 20 de la LCS.

CUARTO.- Se estima el recurso, y no se hace especial declaración en cuanto a las costas causadas en ambas instancias y en el recurso de casación, según los artículos 394 y 398 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

F A L L O

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

Estimar el recurso de casación formulado por doña XXX contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Vitoria-Gasteiz- Sección 1.^a de fecha 27 de febrero de noviembre de 2015, en el sentido de condenar a la demandada, Igualatorio Médico Quirúrgico SA, de Seguros y Reaseguros, antes Igualatorio Quirúrgico Médico SA (IMQ), al pago de los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro desde el 28 de octubre de 2011 hasta su completo pago; sin hacer especial declaración en cuanto a las costas de ninguna de las instancias ni de las causadas por el recurso de casación.

Líbrese al mencionado Tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y rollo de la Sala.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

VOTO PARTICULAR

Que formula el Magistrado Excmo. Sr. D. Antonio Salas Carceller, al amparo de lo previsto en los artículos 206 y 260 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, 203 y 205 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Quedan aceptados los antecedentes de hecho de la anterior sentencia dictada en Recurso n.º 1286/2015.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Con el respeto que me merece el parecer mayoritario de la Sala, expreso brevemente -mediante el presente voto particular- mi discrepancia con la solución jurídica adoptada en el presente caso, en el cual se ha estimado el recurso de casación formulado por doña XXX y se ha condenado a la parte demandada, Igualatorio Médico Quirúrgico S.A. de Seguros y Reaseguros, al pago a dicha demandante de los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro sobre la cantidad objeto de condena, que se devengarán desde el 28 de octubre de 2011 -fecha de interposición de la demanda- hasta su completo pago.

Coincido con la opinión mayoritaria de la Sala en el sentido de que la aseguradora sanitaria responde ante el asegurado por el buen resultado de la prestación asistencial y sanitaria dispensada por quienes integran el cuadro médico, que la aseguradora pone a disposición de los asegurados, precisamente porque es la propia aseguradora la que designa a dichos profesionales y la posible elección del profesional por parte del beneficiario de la prestación médica queda limitada al contenido

de dicho cuadro médico. De ahí que, como se ha declarado por la sentencia recurrida, y ha aceptado esta Sala, la responsabilidad de la aseguradora por las consecuencias negativas del tratamiento médico no nace de ninguna norma legal o convencional reguladora del contrato de seguro, sino de lo dispuesto por el artículo 1903 del Código Civil en cuanto disciplina la llamada responsabilidad por hecho ajeno.

Mi discrepancia se refiere a que dicha deuda cuya existencia no se discute, nacida de responsabilidad por hecho de otro, no ha de quedar sujeta a lo dispuesto por el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, que sanciona exclusivamente la mora por parte de la aseguradora en el cumplimiento de las obligaciones derivadas directamente del propio contrato de seguro. Entiendo que se trata de una norma excepcional que, en parte tiende a la actualización de la cantidad debida pero sobre todo - de ahí lo inusual del alto porcentaje de interés previsto- a sancionar un incumplimiento contractual imputable a la aseguradora, que se obligó a realizar determinada prestación económica -originalmente o por sustitución- a cambio del cobro de una prima y, sin embargo, surgida su obligación, deja de cumplirla en tiempo. Así se deriva de lo dispuesto por el citado artículo 20 cuando dice que dicho interés agravado se aplicará «si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación»; prestación que no es otra que la que constituye directamente el objeto del contrato (asistencia médica) y no la que puede derivar – como sucede en este caso- de la aplicación de una norma ajena al contrato de seguro como es la del artículo 1903 del Código Civil, según el resultado de la asistencia prestada.

Distinta sería la solución en el caso de que existiera incumplimiento de la propia prestación objeto de aseguramiento, lo que podría suceder cuando se ofrecieran los servicios de profesionales carentes de las condiciones necesarias para el ejercicio de su función, por falta de titulación o especialidad requerida, o en casos de inhabilitación, así como en los supuestos en que el centro determinado por la aseguradora para la práctica de la intervención médica no contara con los servicios requeridos para llevarla a cabo con las garantías

necesarias. En estos supuestos cabría hablar de una defectuosa prestación por la aseguradora y de una relación causal de esa defectuosa prestación con el resultado producido, lo que determinaría que su responsabilidad se desarrollara en el ámbito de la Ley de Contrato de Seguro y, por tanto, la indemnización sustitutoria se viera afectada por la aplicación de los intereses previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

En consecuencia, la parte dispositiva sería la siguiente:

FALLO

- 1.º-** Desestimar el recurso de casación interpuesto en nombre de doña XXX contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Vitoria-Gasteiz Sección 1.ª, de fecha 27 de febrero de 2015.
- 2.º-** Confirmar la sentencia recurrida.
- 3.º-** Condenar a la parte recurrente al pago de las costas causadas por su recurso con pérdida del depósito constituido.