

**COMENTARIO DE LA SENTENCIA  
DEL TRIBUNAL SUPREMO  
DE 12 DE DICIEMBRE DE 2017 (659/2017)**

**Posición jurídica de las entidades sanitarias  
que quieren recuperar del responsable civil  
los gastos asistenciales**

Comentario a cargo de:  
MARIANO YZQUIERDO TOLSADA  
Catedrático de Derecho civil  
Universidad Complutense de Madrid  
Consultor Académico de *CMS Albiñana & Suárez de Lezo*

**SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO DE 12 DE DICIEMBRE DE 2017**

**Roj:** STS 4369/2017 - **ECLI:** ES:TS:2017:4369

**ID CENDOJ:** 28079119912017100038

**PONENTE:** EXCMO. SR. DON FRANCISCO JAVIER ORDUÑA MORENO

**Asunto:** En la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (apartado 1. 6 del anexo) la redacción del art. 1.17 de la Ley 21/2007, de 11 de julio, ya vigente en el momento de los hechos, es ésta: «[...] 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 las secuelas*, siempre que los gastos estén debidamente justificados atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada». En el caso, la Mutua de accidentes pretendía recuperar la totalidad de los gastos sufragados por ella por la asistencia a la víctima del accidente en cuestión, sin limitación cuantitativa, por entender que así se deduce del art. 127.3 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. El Tribunal Supremo admite la limitación

cuantitativa y confirma la sentencia de instancia, pues entiende que los gastos reclamados eran posteriores a la fecha de alta forense. Pero niega que se trate de un supuesto de subrogación en el crédito.

Sumario: **1. Resumen de los hechos. 2. Soluciones dadas en primera instancia. 3. Soluciones dadas en apelación. 4. Los motivos de casación alegados. 5. Doctrina del Tribunal Supremo.** 5.1. Previamente: las desdichas del art. 127 TRLGSS de 1994 (actual art. 168.3 del vigente TRLGSS). Realidad y quimera de una legitimación incontestable. 5.2 ¿Subrogación o derecho propio? La tesis del derecho propio como subterfugio para huir del plazo de prescripción anual. 5.3. La normativa automovilista y la posible antinomia entre el TRLRSCVM y el TRLGSS. 5.4. Conclusión. **6. Bibliografía.**

## **1. Resumen de los hechos**

Midat Cyclops demandaba el reembolso de los gastos efectuados en concepto de asistencia sanitaria del trabajador lesionado como consecuencia del accidente de circulación, por el que habían sido condenados previamente el autor y responsable de los hechos y Allianz, la aseguradora del vehículo. La reclamación se efectuaba contra éstos. El asegurado fue declarado en rebeldía por no comparecer, y Allianz se opuso a la demanda alegando la prescripción de la acción y además, que no se encontraba obligada al pago de la totalidad de lo reclamado por la demandante por la entrada en vigor de la reforma introducida por la citada Ley 21/2007, de 11 de julio, según la cual la aseguradora no estaría obligada a sufragar la totalidad de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria del lesionado, quedando fuera de la cobertura los gastos de asistencia posteriores a la sanación o consolidación de las secuelas sufridas.

## **2. Solución dada en primera instancia**

El Juzgado de Primera Instancia nº 2 de Ibiza de 17 de junio de 2014 dictó sentencia absolutoria y condenó en costas a la actora, al considerar que los gastos reclamados eran posteriores al alta forense.

## **3. Solución dada en apelación**

La sentencia de 12 de febrero de 2015, dictada por la Sección.5ª de la Audiencia Provincial de Mallorca, desestimó el recurso de apelación. Sea una acción de repetición o sea una acción de índole subrogatoria, el asegurador

del responsable civil «tiene limitada su responsabilidad en aplicación del anexo primero apartado 6 de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor [LRCSCVM, en adelante], tras la redacción dada a dicho apartado por la Ley 21/2.007 de 11 de julio, y la misma no se extiende ya a los gastos de asistencia sanitaria posteriores a la estabilización de las lesiones. (...) [L]a Mutua ahora apelante no se convierte en defensor del mutualista accidentado, en sus intereses que son propios a éste, sino que, simple y llanamente, se reclaman los gastos desembolsados por la Mutua a su favor, los que intenta repercutir frente al declarado responsable del siniestro. Los intereses, derechos y acciones del Sr. Enrique son distintos a los derechos e intereses de la Mutua apelante al amparo de la aludida norma. La recurrente nada tiene que ver con las competencias y responsabilidades de la aseguradora de siniestros de circulación de vehículos y su funcionamiento difiere mucho de ello. Pero tal circunstancia consideramos que en modo alguno implica una extensión del ámbito de responsabilidad del culpable y aseguradora responsables civiles del accidente de circulación. Si el legislador ha limitado tal responsabilidad estableciendo unos límites cuantitativos máximos para las indemnizaciones derivadas de accidentes de circulación, en este caso, excluyendo de su ámbito los gastos de asistencia sanitaria habidos tras la estabilidad lesional, consideramos que el artículo 127. 3 del LGSS no implica una extensión de tal responsabilidad, aunque no establezca límite».

#### **4. Los motivos alegados ante el Tribunal Supremo**

La mutua vino a articular su recurso de casación sobre la base de la existencia de sentencias contradictorias de las Audiencias Provinciales. En su único motivo se venía a entender que el art. 127.3 de la Ley General de la Seguridad Social (Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, TRLGSS, en adelante; el actualmente vigente –no aplicable al caso en examen– es el aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre) es aplicable para que quien prestó la asistencia sanitaria al accidentado recupere todo cuanto satisfizo, sin que quepa limitar la cantidad a percibir por una pretendida aplicación del apartado 1.6 del Anexo de la LRCSCVM, que tras su reforma introducida por la Ley 21/2007, de 11 de julio vino a limitar el concepto indemnizable, más allá de lo que resultara de las Tablas, a los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria previos a la sanación o consolidación de las secuelas.

#### **5. Doctrina del Tribunal Supremo**

La STS de 12 de diciembre de 2017 desestima el recurso. Entiende que el art. 127.3 TRLGSS no responde al esquema de un derecho que se ejercita

por quedar subrogado quien lo hace en el derecho de otro. Es decir, que las entidades que hayan prestado asistencia sanitaria a la víctima de un accidente quieren recuperar las cantidades que han tenido que emplear en prestarla, en realidad ejercitan un derecho propio. Es, en fin, una acción de repetición o reembolso, distinta e independiente de la que el accidentado tenía frente al responsable civil. Pero, sorprendentemente, limita la cuantía del crédito indemnizatorio a la que el perjudicado habría podido exigir al causante del daño o a su asegurador, que, conforme al apartado 1.6 del anexo primero de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor entonces vigente (Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 octubre, TRLRCSCVM en adelante). Me parece que la solución es correcta, pero lo es precisamente porque existe subrogación en el crédito.

*5.1. Previamente: las desdichas del art. 127 TRLGSS de 1994 (actual art. 168.3 del vigente TRLGSS). Realidad y quimera de una legitimación incontestable*

La Ley de Accidentes de Trabajo de 1956 (Texto Refundido aprobado por Decreto de 22 de junio) reconoció en su art. 53 lo que después han ido diciendo la totalidad de las leyes dictadas con posterioridad: quien costeó la asistencia sanitaria a la víctima tiene derecho a participar con condición de parte en los procedimientos civiles o penales que se mantuvieran contra el causante del daño. Así continuó siendo en el art. 97.3 de la LGSS (Texto Refundido aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo), en el art. 127.3 del TRLGSS de 1994 y también en el art. 168.3 del vigente TRLGSS de 2015.

El art. 127 (que era el aplicable al caso) decía, en efecto:

*«Cuando la prestación haya tenido como origen supuestos de hecho que impliquen responsabilidad criminal o civil de alguna persona, incluido el empresario, la prestación será hecha efectiva, cumplidas las demás condiciones, por la entidad gestora, servicio común o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, en su caso, sin perjuicio de aquellas responsabilidades. En estos casos, el trabajador o sus derechohabientes podrán exigir indemnizaciones procedentes de los presuntos responsables criminal o civilmente.*

*Con independencia de las acciones que ejerciten los trabajadores o sus causahabientes, el Instituto Nacional de la Salud y, en su caso, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, tendrán derecho a reclamar al tercero responsable o, en su caso, al subrogado legal o contractualmente en sus obligaciones el coste de las prestaciones sanitarias que hubiesen satisfecho. Igual derecho asistirá, en su caso, al empresario que colabore en la gestión de la asistencia sanitaria, conforme a lo previsto en la presente Ley.*

*Para ejercitar el derecho de resarcimiento a que se refiere el párrafo anterior, la Entidad Gestora que en el mismo se señala y, en su caso, las Mu-*

*tuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o empresarios, tendrán plena facultad para personarse directamente en el procedimiento penal o civil seguido para hacer efectiva la indemnización, así como para promoverlo directamente, considerándose como terceros perjudicados, al efecto del artículo 104 del Código Penal [léase ahora 113, que es el que figura en el texto vigente de 2015]».*

La legitimación de estas entidades es incontestable, al menos para recuperar prestaciones sanitarias –las extrasanitarias presentan mayor complejidad (Gómez Perals, pgs. 49 y ss.). Y es bastante lógica, pues se ha apuntado con toda razón que lo normal es que el asegurado recurra a los servicios sanitarios públicos o privados en vez de actuar contra el responsable del daño sufrido. Y claro, «una vez cubiertas sus necesidades sanitarias, no tendrá ya interés en perseguir al culpable en lo tocante, al menos, a las prestaciones recibidas aunque lo haga por otra clase de resarcimiento moral o personal no satisfecho» (Álvarez de Benito, 1995, pg. 70).

Sin embargo, ha sido sorprendente la línea de la jurisprudencia penal: el asegurador que presta la asistencia sanitaria no es un perjudicado por el delito y no puede aspirar a recobrar los gastos en vía penal. Se vio ya en la STS, 2ª, de 17 de octubre de 1957, secundada después por las SSTS de 22 de septiembre de 1958, 21 de marzo de 1961. Alguna sentencia, como la de 23 de febrero de 1961, dijo expresamente que las prestaciones sanitarias, aunque encontrasen su ocasión en el hecho dañoso, más bien responden en su causa generadora a obligaciones legales o a las contraprestaciones por las primas recibidas. Y a lo sumo cabe reconocer un derecho al resarcimiento de lo pagado y a poder ser parte en el proceso penal, pero sin que ello implique facultad de cobro directo de la indemnización. Si ello en realidad deriva de la existencia de una sentencia ejecutoria en la que se haya impuesto condena a una persona como responsable civil, entonces la comparecencia en el proceso penal no tiene por objeto el cobro de indemnización alguna, sino que esta pretensión debe ser actuada por la vía civil con posterioridad.

Es ésta una de las desdichas históricas que han perseguido al art. 127.3 TRLGSS y a sus predecesores, y de ella me he ocupado en detalle con anterioridad (2013, pgs. 1905 y ss., y 2017, pgs. 455 y ss.). Ante una norma tan clara como ésta, no se entiende que la justicia penal obligue a las entidades que prestaron asistencia sanitaria a un odioso peregrinaje jurisdiccional. Un pequeño paréntesis entre 1950 y 1963, llevó a que sentencias como las de 25 de septiembre de 1957 o 26 de enero de 1960, entendieran que la intervención del asegurador como actor civil en el proceso penal es algo lógico y procedente. Pero se trató de un verdadero espejismo: la STS de 24 de octubre de 1966 dejó claro que la doctrina de la Sala rechaza el derecho de las Compañías aseguradoras a reintegrarse con la indemnización impuesta en la sentencia penal, y que tales Compañías no son parte perjudicada por el delito, sino por efecto del contrato de seguro. Tal vez, en la búsqueda de una razón nunca

justificación, la pista nos la den sentencias como las de 27 de mayo de 1964 o 2 de mayo de 1966: «este derecho, o más bien expectativa, puede ejercitarse en la vía y el procedimiento civil correspondiente, porque los tribunales de lo penal no están obligados a dilucidar y resolver en sus fallos cuestiones relativas a posibles derechos de subrogación, impropias de su privativo y específico cometido». Una vez más, la conocida tendencia a no conocer en la justicia penal de más normas civiles que de las contenidas en el Código penal, o, en este caso, defendiendo una pretendida obligación de desconocer lo que el instituto de la subrogación en el derecho de crédito significa. En la jurisprudencia menor, ahí está la SAP de Cádiz de 24 de diciembre de 2002, que revoca la sentencia de instancia y deja sin efecto la condena en favor de quien se había hecho cargo de las facturas de hospital, resérvandole, eso sí, las acciones para su reclamación en el proceso civil correspondiente.

Precisamente porque las cosas no son así, dispone el art. 82 de la Ley de Contrato de Seguro que «en los seguros de personas el asegurador, aun después de pagada la indemnización, no puede subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro». Pero lo importante se encuentra en el inciso segundo: «*se exceptúa lo dispuesto en el párrafo anterior lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria*». Es decir, el propio legislador se encarga de establecer la excepción, distinguiendo entre las indemnizaciones pagadas por el asegurador conforme a las previsiones contenidas en la póliza y los gastos de asistencia sanitaria. Como dice Sánchez Calero (cit., pg. 717), en materia de gastos sanitarios, los seguros «operan como si fueran seguros de daños en sentido estricto, o como seguros de indemnización efectiva (o de concreta cobertura de necesidad)».

Y eso es justo lo que sucede en la mencionada legislación de accidentes de trabajo y Seguridad Social. Las entidades gestoras de la Seguridad Social no tienen por cometido cubrir la responsabilidad de un tercero que dé lugar con su acto dañoso a una enfermedad o a un accidente, sino proteger a los trabajadores en caso de enfermedad o accidente y la ley prevé expresamente la posibilidad para aquéllas de recuperar los gastos de asistencia sanitaria efectuados, hasta el punto de permitir su consideración como tercero a los efectos de la acción civil «ex delicto» (Caballero Gea, 1980). Son terceros perjudicados todas las personas y entidades que hayan prestado una asistencia a la víctima, tanto si no existía una obligación previa (médicos y sanatorios privados), como si la había (SSTS de 9 mayo 1966 y 6 abril 1984).

Suele citarse en contra la STS de 13 de febrero de 1991, pues dice que «terceros sólo son los que han sido directamente perjudicados por el hecho delictivo y no los titulares de una acción de repetición ni los que estén enlazados con la víctima con relaciones contractuales que se ven afectadas por el hecho punible y que, en realidad, no derivan de él sino de la sentencia condenatoria». Pero la cita, que se contiene, por ejemplo, en las SSAP de Asturias de 31 de diciembre de 1998, de Barcelona de 20 de diciembre de 2001 o la ya citada de Cádiz de 24 de diciembre de 2002, es interesada y en buena medida

*tramposa*, pues el caso no era el de una entidad sanitaria que quisiera recuperar los gastos sanitarios efectuados, sino el de unos delitos de falsedad documental continuada, apropiación indebida y estafa cometidos por funcionarios públicos, y lo que se planteaba era si, además de los contribuyentes perjudicados, el Estado podía también considerarse perjudicado por los delitos. Algo, en fin, que no tiene absolutamente nada que ver.

Por fortuna, también pueden encontrarse respuestas más reconfortantes. La STS de 24 de febrero de 2005 dice: «(...) será perjudicado por el delito, tanto quien haya sufrido los daños consecuencia del mismo, como aquellas otras personas o entidades que hayan tenido que reparar sus consecuencias civiles, pero dentro siempre del ámbito de la víctima, nunca en la órbita jurídica del autor material del mismo. Así, ( ), no solamente será perjudicado el directamente afectado por la acción u omisión del sujeto activo del delito ( ), sino todas aquellas personas que, por ese hecho, se vean en la obligación de realizar gastos, prestar servicios o satisfacer indemnizaciones. De ese modo, son terceros perjudicados las entidades de asistencia sanitaria que presten cualquier servicio para solventar la salud del accidentado, o quien afronte las prestaciones económicas de cualquier tipo para amonorar o reparar las consecuencias del ilícito cometido». Muy claramente también, la STS de 3 de junio de 1997. Y en la jurisprudencia menor, la SAP de Zaragoza de 18 de enero de 2000 dice a las claras que «la indemnización por asistencia médica y por incapacidad laboral transitoria no deriva, en definitiva, de un contrato de seguro, sino de la ley, y por ello puede repetirse en el responsable civil del accidente».

La polémica ha sido particularmente destacable en los casos en que la asistencia se prestó por las entidades gestoras de la Seguridad Social o por Mutualidades laborales o patronales. Se suele decir que, a diferencia de lo que sucede con las entidades privadas, estas entidades han de asistir al accidentado precisamente porque éste contribuye mensualmente con sus cuotas de Seguridad Social, y entonces no es un *tercero* sino un *segundo*. Y eso es algo que se puede mantener cuando se trata de que el empresario, que junto con el trabajador accidentado ha venido contribuyendo a que éste tenga un derecho a recibir asistencia, se encuentra con que la entidad que la prestó, cumpliendo su obligación de prestarla, pretende luego recuperar las cantidades empleadas. Así lo mantiene Medina Crespo (1999, pg. 140), aunque en contra bien se podría decir que el trabajador accidentado es *segundo* frente a la entidad que le asiste, pero el empresario culpable es *tercero* en la relación que media entre la entidad asistencial y el trabajador, sin que sea óbice para esta consideración el hecho de que ambos, trabajador y empresario, nutran con sus cotizaciones al sistema público de asistencia.

Se comprenderá que otra zona de penumbra añadida en este contexto es la de las prestaciones extrasanitarias, y en especial, los subsidios por incapacidad. Dice la STS, 2ª, de 19 de octubre de 1990 que «[l]as prestaciones abonadas por la Seguridad Social a favor de los trabajadores o sus familiares en sus diferentes conceptos tienen su contraprestación en las cotizaciones que

abonan los propios trabajadores y las empresas, y por ello no pueden ser reclamadas al responsable criminal o civil, salvo en el caso de prestaciones sanitarias que, si las pagó la correspondiente entidad de la Seguridad Social, en realidad repercutieron en beneficio del condenado penal o civil, que, en otro caso, habría tenido que atenderlas por sí mismo, y por ello deben ser reembolsadas». «Pero no ocurre esto con las prestaciones impugnadas, en el presente motivo consistentes en salarios abonados a la lesionada por su incapacidad laboral y en lo pagado a la viuda por muerte del marido, que son conceptos que satisfizo la Seguridad Social y que también ha de abonar el responsable del delito (o su compañía aseguradora) a virtud de la condena de la sentencia recurrida, compatibles entre sí en beneficio del trabajador o su familia, *pero que por su propia naturaleza no pueden repetirse so pena de incurrir en duplicidad de pagos por el mismo concepto a costa de los condenados*».

De manera muy explícita, se puede leer en la STSJ (Penal) de Murcia de 21 de diciembre de 1999 que si la Mutua pudiese recuperar el importe de un subsidio cuyo pago ha tenido que asumir «como contraprestación a la cuota mensual que percibe de la empresa y del trabajador, se produciría un enriquecimiento injusto para la Mutua, que no va a devolver las cuotas percibidas para cubrir las contingencias de una incapacidad transitoria por accidente laboral o enfermedad profesional». Mercader Uguina afirma: «La cobertura de los accidentes de trabajo y Seguridad Social se aproxima más al seguro de daños que al de personas, al asegurarse la responsabilidad del empresario y puesto que se opera en una lógica de indemnización bastante estricta: cobertura del daño emergente para los gastos de asistencia sanitaria y del lucro cesante por pérdida de la capacidad de ganancia, como una atención muy residual y, en todo caso, subsidiaria para las lesiones no invalidantes» (2001, pg. 185).

Pero este tipo de consideraciones proporcionan, a la contra, una buena invitación a la reflexión: la mecánica del sistema protector no es la propia de un seguro en el que, como ocurre con el de vida para caso de fallecimiento, existe un importante componente de ahorro e inversión. Todo lo contrario: las indemnizaciones a pagar por las Mutuas no corresponden a unas sumas prefijadas de antemano en el contrato, sino a unos porcentajes de los salarios dejados de percibir por la víctima del accidente. Y cuando así ocurre, la verdad es que estamos más cerca que lejos de lo que sucede en los seguros de daños en sentido estricto. Ninguna razón hay para no aproximar los mecanismos de éstos a los seguros que, siendo en línea de principio seguros de sumas o de abstracta cobertura, contienen elementos propios de la mecánica de los de daños o concreta cobertura de necesidad (Sánchez Calero, cit., pg. 1444).

Y además, entender viable el derecho de subrogación no solamente por el importe de las prestaciones sanitarias sino por el resto de los pagos satisfechos (con excepción, a mi juicio, de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones o deformidades no invalidantes previstas en el art. 201 TRLGSS), que no atienden a un daño concreto en concepto de salario no percibido, sino que se fijan por medio de tablas y responden más al modelo de los seguros de sumas o de



personas) podría servir para solucionar de una vez por todas el eterno problema de la compatibilidad de las prestaciones sociales y la responsabilidad civil. El responsable del accidente de trabajo habría de atender a la indemnización en su conjunto, pagando a la Mutua o entidad pagadora lo que ella satisfizo, y al trabajador accidentado la diferencia entre lo pagado por aquélla y el daño total. La solución serviría, de paso, para solucionar el efecto perverso, propio de la propuesta que pasa por deducir del total de la indemnización debida por el causante del accidente aquellos pagos previamente efectuados por la Seguridad Social: si el causante ve reducida su deuda porque alguien ha pagado ya parte de la misma, desde luego que reducirá su nivel de diligencia y prevención en la misma proporción. De hecho, en Francia se tiene como parte necesaria del proceso a la entidad subrogada, lo que evita allí muchos de los problemas que tenemos en nuestro país.

Pero, desde luego, nada de esto sucede cuando sí existe una situación de plena e inequívoca tercería, como es el supuesto de la sentencia que se analiza aquí, en cuyos antecedentes tenemos a un tercero responsable, a su seguro de responsabilidad civil y a la Mutua de Accidentes que quiere legítimamente recuperar lo que pagó. He querido, no obstante, mostrar, si quiera sea de manera superficial el complicado panorama que en nuestro sistema tiene el derecho al recobro de lo pagado por las entidades que están legalmente obligadas a prestar asistencia sanitaria (y a otras prestaciones extrasanitarias). No extraña que el especialista Mercader Uguina advierta que el problema de la calificación de la Seguridad Social como seguro de daños o seguro de personas es «demoniaco» (cit., pg. 185).

### 5.2. *¿Subrogación o derecho propio? La tesis del derecho propio como subterfugio para huir del plazo de prescripción anual*

Pero no terminan aquí las desdichas de un precepto sobre el que se alzan más sombras que luces. Otra cuestión que ha resultado polémica en relación con este derecho reconocido a las entidades de asistencia sanitaria dirigido a recuperar los gastos efectuados para la atención del perjudicado se encuentra aludida, a mi juicio con muy escasa fortuna, en la sentencia objeto del presente comentario. Esas entidades ¿actúan por subrogación en el derecho del accidentado o son titulares de un derecho propio? A mi juicio, y por todo lo dicho hasta ahora, se trata de un derecho que se ejercita por la vía de la subrogación. Y si tantas veces se dice lo contrario es seguramente para que la entidad que reclama más allá de un año desde que nació el derecho a hacerlo no se encuentre con la desagradable sorpresa de que la acción se declara prescrita (art. 1968.2º C.civ.).

Pero la STS de 1 de julio de 1981 dice que, «no establecido por la Ley de Seguridad Social ni por otro precepto legal un plazo de prescripción específico para este derecho de índole o naturaleza civil, y no pudiéndose, por lo mismo, asignar el del año según pretende la aseguradora recurrente (...), no

se descubre otro plazo aplicable que el de quince años, que, genéricamente y para todas las acciones personales que no tengan señalado término especial de prescripción, fija el art. 1964 del Código civil [ahora serían cinco, tras la reforma del precepto operada por Ley 42/2015, de 5 de octubre]». Así se lee también en la STS de 27 de enero de 1976, y en numerosas sentencias de Audiencias Provinciales (SSAP de Pontevedra de Pontevedra de 21 de abril de 1998, La Rioja de 18 de enero de 2001, León de 25 de octubre de 2002, Málaga de 25 de marzo de 2008 o Madrid de 7 de junio de 1999 y de 3 de febrero de 2010). Se razona, en esencia, que se trata de una acción de repetición o regreso que no tiene relación directa con el accidente de tráfico, que actúa tan sólo como causa remota, sino con la prestación sanitaria en sí misma considerada, en lugar de una acción nacida de la subrogación en los derechos del perjudicado-lesionado para reclamar los gastos invertidos en su atención médica.

Desde luego, defender la tesis del derecho propio aporta un cautivador subterfugio para huir del plazo anual, que es el único sensatamente aplicable. La entidad subrogada recibe el derecho que tenía el lesionado a que se le reconociera el derecho a ser resarcido, cuando menos, del coste de su recuperación y sanación. Un derecho frente al responsable que recibe la entidad sanitaria porque es ella la que se ha ocupado de recuperarle y sanarle. Y por ello, el plazo de prescripción es el mismo que tenía el accidentado frente al responsable, aunque haya que comenzar a contarlo no antes del alta médica. La acción que tiene a su disposición la entidad sanitaria es el resultado de la sucesión en la titularidad de un derecho que correspondía hacer a otro, y el resarcimiento tenía un titular originario cuyo crédito queda modificado por ley, sin que exista una relación de ninguna clase al respecto entre la entidad sanitaria y el responsable civil (Álvarez de Benito, cit., pg. 73).

### *5.3. La normativa automovilista y la posible antinomia entre el TRLRCSCVM y el TRLGSS*

La STS de 12 de diciembre de 2017 no deja de admitir la legitimación de las entidades sanitarias, pero el litigio se planteaba más bien alrededor del *quantum*. Y es que, según el régimen que se encontraba vigente para el supuesto resuelto por la sentencia, en materia de accidentes de circulación, «(...) [a]demás 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 las secuelas*, siempre que los gastos estén debidamente justificados atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada» (Anexo, ap. 1º, nº 6 TRLRCSCVM). El texto es el resultado de la reforma introducida por la Ley 21/2007, de 11 de julio. No se incluían, pues, los gastos de asistencia posteriores a la sanación o consolidación de las secuelas sufridas. Hay que notar que en el texto originario, la regla 6ª no conocía esta limitación, y que la misma ha vuelto a desaparecer en el régimen vigente –esto

es, desde el 1 de enero de 2016– fruto de la reforma introducida por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre.

Y dice la sentencia que «[e]sta sala comparte el planteamiento inicial de la recurrente acerca de la naturaleza de la acción prevista en el art. 127.3 del TRLGSS, en el sentido de que dicha acción responde a una acción de repetición o de reembolso de los gastos sufragados por la mutua. Se trata, por tanto, de una acción distinta e independiente de la que corresponde al trabajador afiliado frente al responsable, civil o criminalmente, del menoscabo de su salud; y su fundamento trae causa de la obligación *ex lege* que tienen las mutuas de prestar directamente la cobertura sanitaria a sus respectivos afiliados. Por lo que, en puridad, no cabe hablar de una acción de subrogación».

Lo que a mi juicio resulta contradictorio viene cuando se dice a continuación: «Sin embargo, una vez señalado esto, la sala no comparte el planteamiento que realiza la recurrente acerca del alcance de esta acción de repetición, o de reembolso, sin otro límite que el importe de lo efectivamente sufragado por la mutua. La razón estriba en que la interpretación normativa del alcance de esta acción de repetición no puede realizarse sólo atendiendo a la mera literalidad o fundamento del citado art. 127.3, esto es, de un modo estanco o autónomo, sino atendiendo a su interpretación armónica y sistemática con el resto de la normativa que resulte de aplicación.

En efecto, de igual forma que el ejercicio de la acción de repetición queda condicionado al presupuesto de causalidad e imputación del daño ocasionado, esto es, a que la cobertura sanitaria sea debida a la culpa del tercero causante del accidente de tráfico y del daño producido, *también la cuantía de la reclamación objeto de la acción de repetición puede venir condicionada por los límites que el legislador establezca para las indemnizaciones derivadas de accidentes de circulación* [la cursiva es mía]. Supuesto del presente caso, en aplicación del citado Anexo Primero, apartado 6, de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, tras la redacción dada ha dicho apartado por la Ley 21/2007, de 11 de julio. Condicionante lógico, pues resulta razonable que no se pueda reclamar al tercero causante del daño ni, por tanto, a su aseguradora, más que el cumplimiento de aquello a lo que están obligados como responsables civiles del daño ocasionado».

#### 5.4. Conclusión

A mi entender, el Tribunal Supremo da una respuesta acertada a la cuestión contradiciéndose con su propia explicación o fundamentación jurídica: quien presta atención sanitaria al perjudicado no puede pretender que se le pague más que aquello a lo que el perjudicado tenía derecho frente al causante del daño o su asegurador. Pero la argumentación que proporciona para llegar a esta conclusión es contradictoria, pues para decir esto no hace ninguna falta partir de que las entidades sanitarias tienen un «derecho propio», sino justo lo contrario: dado que actúan por subrogación, no pueden pedir más de

lo que podía el accidentado haber exigido del responsable o de su asegurador. La intervención de las entidades sanitarias cuando ha existido responsabilidad de un tercero es la propia de la dogmática del pago hecho por persona diferente al acreedor originario. Se asumen obligaciones por imperativo legal, pero son obligaciones de otro. Y precisamente por eso hay «subrogación en sentido técnico preciso, en virtud de la cual se cambia la persona del acreedor convirtiendo a la entidad gestora y demás sujetos de la relación jurídica en acreedores del verdadero y único deudor: el autor del delito o del ilícito civil» (Mercader Uguina, cit., pg. 217).

Naturalmente que en el caso de esta sentencia, la Mutua no podía verse reembolsada de todo lo pagado, sino de aquellos conceptos que constituían la deuda resarcitoria conforme a la normativa automovilística, y que en su caso tendría que haber satisfecho el responsable o su asegurador de responsabilidad civil. Como en toda subrogación, el deudor puede oponer excepciones que habrían sido eficaces contra el acreedor originario, y entre ellas, la que opuso con éxito en este caso.

## 6. Bibliografía

- ÁLVAREZ DE BENITO, «Prescripción de la acción de regreso de la Seguridad Social contra las entidades aseguradoras», *Revista Española de Seguros*, n° 82, 1995, pgs. 69 y ss.
- CABALLERO GEA, «Legitimación activa del Instituto Nacional de Previsión y Mutuas Patronales para resarcirse de los perjuicios sufridos en la curación de heridos, en accidente de circulación dentro del ámbito civil», *Revista General del Derecho*, marzo 1980, n° 426, pgs. 203 y ss.
- GÓMEZ PERALS, *Responsabilidad civil: los “otros perjudicados”*, ed. Dykinson, Madrid, 2002.
- JIMÉNEZ PÉREZ, «El ejercicio de la acción civil en el proceso penal por las compañías aseguradoras», *Revista de Responsabilidad civil, Circulación y Seguro*, 2004, n° 6, pgs. 4 y ss.
- MERCADER UGUINA, *Indemnizaciones derivadas del accidente de trabajo. Seguridad Social y Derecho de daños*, ed. La Ley, Las Rozas, 2001.
- SÁNCHEZ CALERO, «Artículo 43», en *Ley del Contrato de Seguro (Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, ed. Aranzadi, Cizur Menor, 2001.
- YZQUIERDO TOLSADA, «Responsabilidad civil por accidentes de trabajo», en *Tratado de responsabilidad civil (coord. por F. Reglero Campos)*, t. III, ed. Thomson-Aranzadi, Cizur Menor, 2013, págs. 1857 a 1936.