

LA ASISTENCIA SANITARIA EN LOS ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN. APUNTES SOBRE CONVENIOS Y GASTOS MÉDICOS ANTES Y DESPUÉS DEL FUTURO BAREMO. EL FRACASO DE UN ÉXITO

Rosendo Hernández Rubio

Licenciado en Derecho

Autor del blog Área de Siniestros. Red CUMES

1. LA SALUD ES LO PRIMERO

“El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado” reza el artículo 1.902 del Código Civil. Reparar el daño causado. *Reparar*. Comprensiblemente, se podría pensar que, en el caso de daños corporales, *curar* es el objetivo fundamental del sistema de protección de las víctimas de tráfico que se asienta sobre el seguro obligatorio del automóvil. Y, sin embargo, la práctica cotidiana en la gestión de siniestros parece decirnos lo contrario. “Se prima la indemnización sobre la atención y la curación”. Así lo expresaba Francisco Canes, presidente de la asociación estatal de víctimas de accidentes DIA y de Fundtrafic, en un artículo en *Boletín Diario de Seguros*, en su edición de 10 de julio de 2014, que publica INESE. Para Canes, el culpable está claro: “Las víctimas y sus familias merecen un trato más digno que el que reciben y las ase-

sumario

1. LA SALUD ES LO PRIMERO
2. UN GALIMATÍAS NORMATIVO
3. GASTOS DE CONVENIO

guradoras, con su política de indemnizar antes de preocuparse por la curación, son las principales responsables”.

No obstante, convendría matizar esas palabras aunque sin negar la parte de razón que tienen ni, menos aún, que obedecen a vivencias personales muy cercanas. En primer lugar, el seguro de responsabilidad civil de suscripción obligatoria es la pieza clave de este sistema de garantías pero no, por ello, deja de ser un seguro de responsabilidad

civil. Como tal, la obligación del asegurador, según el artículo 7.1 de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, consiste en "satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y en sus bienes". El seguro de responsabilidad civil no es un seguro de salud. A diferencia del artículo 1.902 CC, la Ley de Contrato de Seguro, casi 100 años después, ya no habla, en su artículo 73, de *reparar* sino de *indemnizar*, lo que implica unas connotaciones crematísticas más acordes con una sociedad moderna. Para el Legislador del siglo XX, solo se puede cuantificar y pagar ("los daños y perjuicios causados a las personas [...] se cuantificarán en todo caso con arreglo a los criterios y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el anexo de esta ley", artículo 1.2 LRCSCVM). El Legislador del siglo XXI veremos que nos deparará algo más.

En segundo lugar, la indemnización a cargo del seguro obligatorio es la pieza clave en la protección de las víctimas de tráfico pero no la única. Nuestro sistema contempla una serie de convenios entre el sector sanitario y el asegurador; a partir de los cuales se regula la mayoría de la asistencia médica prestada en los accidentes de circulación. Actualmente, los convenios en vigor abarcan los servicios públicos de salud de todas las comunidades autónomas junto con sus servicios de emergencias, los hospitales del Ministerio de Defensa y el SAMUR, así como los centros sanitarios adheridos al convenio suscrito por las diferentes asociaciones de clínicas, hospitales y centros de rehabilitación privados con el Consorcio de Compensación de Seguros y UNESPA. En definitiva, una extensa red de asistencia que interviene en el 95 % de los accidentes de tráfico.

De todos ellos, cabe destacar el Convenio Marco de Asistencia Sanitaria Pública derivada de accidentes de Tráfico y el Convenio Marco de Asistencia Sanitaria derivada de accidentes de Tráfico (sector privado), los cuales se han ido sucediendo en lo esencial durante décadas. De hecho, es difícil precisar los antecedentes históricos de dichos convenios. Los autores del libro *Historia del seguro en España*, dirigido por Gabriel Tortella y editado por Fundación MAPFRE, los sitúan en los años sesenta coincidiendo con el nacimiento del aseguramiento obligatorio. En concreto, citan un convenio firmado el 23 de julio de 1965 entre el Grupo IX de Automóviles y Responsabilidad Civil del Sindicato Nacional del Seguro y el Grupo de Clínicas, Sanatorios y Hospitales del Sindicato Nacional de

Actividades Sanitarias. En el ámbito de la sanidad pública, el más antiguo sería el firmado en 1975 con el Instituto Nacional de Previsión.

La finalidad primordial de estos convenios fue simplificar la tramitación de los siniestros para lograr la agilización de los pagos de los gastos médicos y la reducción de las cuestiones litigiosas entre compañías. La pervivencia en el tiempo da fe de su éxito en este propósito. **Historia del seguro en España** no duda en reconocer los acuerdos con la sanidad pública y privada como una de las iniciativas que contribuyeron a alcanzar un alto grado de eficiencia en el sector asegurador. A ello, debemos añadir el importante desarrollo tecnológico de la mano de TIREA con la creación del sistema CAS (Convenios de Asistencia Sanitaria) para automatizar la aplicación de los convenios. Quizá, solo así, haya resultado posible afrontar la asistencia médica que requieren los centenares de miles de víctimas anuales. Recordemos que, en 2011 (datos del informe más reciente sobre siniestralidad disponible en la [web](#) de la Dirección General de Tráfico, que corresponde a 2013), se alcanzaron casi las 540.000 víctimas, entre fallecidos, heridos graves y leves, si completamos las estadísticas de la DGT (que rondaban los 117.687) con fuentes sanitarias. Estas cifras de siniestralidad supusieron más de 500 millones de euros en gastos médicos sufragados por el sector asegurador en 2012, según expuso Jaume Mestres Alleu, jefe de la Unidad Médica de Seguros Generali, en las X Jornadas de Valoración del Daño Corporal organizadas por Fundación MAPFRE. De todo ese montante, el 60 % se gestiona a través de los convenios de asistencia sanitaria.

A su vez, los convenios han servido para facilitar el acceso de las víctimas a la asistencia sanitaria, en especial, en los centros de carácter privado; lo que ha acabado incorporándose como una finalidad de los mismos y que es la que aquí nos interesa tratar. En palabras del Dr Mestres, se pretende conseguir "una universalización de la atención sanitaria a lesionados de tráfico con una simplificación administrativa que no complique demasiado el trámite, que no comprometa la asistencia precoz y que garantice el pago de los servicios efectuados de forma muy ágil". Una universalización que se ha logrado pese a la desinformación y el mutismo que rodean los convenios. En este sentido, no se explica que haya centros sanitarios que deniegan la atención médica porque los accidentes de tráfico no están cubiertos

por la sanidad pública y remiten a la "mutua del seguro", mediadores de seguros que insisten en la contratación de garantías de accidentes corporales para "estar respaldados realmente en caso de siniestro", abogados que desaconsejan los centros adheridos por estar en connivencia con las aseguradoras o a merced suya u organismos estatales como la Unidad de Víctimas de Accidentes de Tráfico (UVAT), de la Dirección General de Tráfico, cuya *web* no incluye la relación de los centros médicos ni ninguna información sobre los servicios que prestan pero sí una guía (desactualizada) para reclamar la correspondiente indemnización.² La carga de la prueba de la aseguradora: el Tribunal Supremo impone acreditar que las cantidades pagadas por la aseguradora, y que reclama en vía de repetición, son las «exigibles»

2. UN GALIMATÍAS NORMATIVO

El enmarañado panorama de la asistencia sanitaria en los accidentes de circulación podría deberse, por un lado, al solapamiento de varios regímenes de cobertura (la del sistema sanitario público, la del seguro de responsabilidad civil de suscripción obligatoria y la de los seguros de accidentes que amplían las pólizas de automóviles) y, por otro, a la confusión entre un sistema de valoración del daño, inherente al concepto de responsabilidad civil, y un sistema de limitación de la indemnización, implícito en los seguros obligatorios, confusión que ha denunciado Miquel Martin-Casals. Vamos a intentar aclararlo.

Todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional tienen derecho a la atención sanitaria, según establece el artículo 1.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; y dicha atención, por derivar de un accidente de tráfico, no ha de ser distinta a la prestada en cualquier otro supuesto. La única especialidad que introduce la Ley General de Sanidad se refiere a la financiación del sistema público en tanto que su artículo 83 (al igual que el 127.3 de la Ley General de la Seguridad Social respecto de las prestaciones sanitarias en su ámbito) prevé que las Administraciones Públicas podrán reclamar el coste de los servicios prestados al tercero responsable en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos en que aparezca un tercero obligado al pago. Por lo tanto, los ocupantes y los conductores que no sean causantes del accidente que acudan a un centro médico público no

deberían verse afectados en nada. A la hora de ser atendidos, serán un usuario más del sistema sanitario público. Y también lo sería el conductor causante respecto de su asistencia, pues no podemos considerarlo **tercero** responsable de sus propios daños y perjuicios.

Con cierto paralelismo entre lo previsto en el artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro para los gastos de asistencia sanitaria y estos *seguros sociales*, la Ley habilita la repetición basada en la responsabilidad y coloca a la Administración Pública en la misma condición que otros acreedores por gastos médicos, como podrían ser la víctima atendida en un centro privado o ese centro privado si se subrogara en el derecho de su paciente. Pero, sin duda, se trata de una facultad contraproducente, como pueden constatar las Mutuas de Accidentes de Trabajo con los accidentes laborales *in itinere*, al tener que determinarse la responsabilidad del causante y estar sometida a un farragoso trámite que retrasaría el pago o, peor aún, la asistencia médica del lesionado. Por eso, ya vimos que no se tardó en articular un sistema que prescindía de la responsabilidad completamente en el colmo de la simplificación administrativa: los convenios de asistencia sanitaria.

Estrechamente relacionados con los convenios, debemos mencionar los centros sanitarios reconocidos por el Consorcio de Compensación de Seguros y los no reconocidos, una clasificación que, hasta la derogación del Real Decreto 2641/1986, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro de Responsabilidad Civil Derivada del Uso y Circulación de Vehículos de Motor, de suscripción obligatoria; decidió el importe de los gastos médicos a cargo de las aseguradoras. En su artículo 13, establecía los siguientes límites cuantitativos del seguro en materia de gastos médicos:

"Los gastos de asistencia médica y hospitalaria serán íntegramente cubiertos por la Entidad aseguradora si se presta en Centros sanitarios reconocidos por el Consorcio de Compensación de Seguros. Cuando intervengan Centros no reconocidos, se abonará la asistencia prestada en los mismos hasta un máximo de 100.000 pesetas.

Excepcionalmente, cuando por la urgencia del caso la asistencia hubiera de prestarse en Centros no reconocidos, y si por el estado de la víctima el facultativo no considerase

conveniente su traslado a un Centro reconocido, el asegurador hará frente a la asistencia médico-hospitalaria que se preste, hasta que cese la imposibilidad a juicio de los facultativos o del médico forense, en su caso.”

La regulación de los límites cuantitativos del seguro obligatorio se remonta, en lo esencial, a su primer reglamento, aprobado por el Decreto 3787/1964, de 19 de noviembre; y se mantuvo hasta que el Real Decreto 7/2001, de 12 de enero, estableció en el artículo 12 del nuevo reglamento:

“Por 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.”

En principio, esta regulación mejoraba la anterior al sustituir un límite indemnizatorio arbitrario (las 100.000 pesetas) por un criterio valorativo razonable (su conexión con la curación y la justificación del gasto) y eliminar la distinción según el tipo de centro, con lo que se garantizaba la libertad de elección del lesionado. Sin embargo, se observó una extralimitación del reglamento, pues el número 6 del apartado primero del sistema para la valoración de daños y perjuicios que introducía la Ley 30/1995, de 8 de noviembre (el Baremo), simplemente preveía que “se satisfarán en todo caso los gastos de asistencia médica y hospitalaria y, además, en las indemnizaciones por muerte, los gastos de entierro y funeral”. Y, mucho más grave, también se argumentó que excluía los **gastos médicos futuros**, es decir, los posteriores a la “sanación o consolidación de secuelas”.

La solución del Legislador ante la polémica se hizo esperar hasta la Ley 21/2007, de 11 de julio, por la que el precepto reglamentario se convirtió en ley y dio lugar al texto vigente del citado criterio del Baremo respecto de los gastos médicos, de modo que ya no limitaba la cobertura del seguro obligatorio sino los gastos resarcibles por responsabilidad civil en accidentes de circulación. Una solución que brilla por su ausencia.

El Reglamento de 2001 no supuso la desaparición de las referencias normativas a los centros reconocidos por el CCS y los convenios suscritos por ellos y el sector asegurador pero sí que los desterró a la Disposición Adicional Primera,

desde donde el Real Decreto 1.507/2008, de 12 de septiembre, continúa ordenando la publicación en el BOE de la relación de centros sanitarios. Sin embargo, no parece que esta medida esté ayudando demasiado a su difusión.

En resumen, al hablar de gastos de asistencia médica y hospitalaria derivada de accidentes de circulación, nuestro ordenamiento distingue lo que podemos denominar gastos de convenio, gastos de asistencia sanitaria y gastos de asistencia sanitaria futura. Esta distinción la consagrará y detallará el futuro Baremo. Pasemos a analizar brevemente cada uno de esos conceptos en su actual regulación y la prevista en la reforma del sistema de valoración.

3. GASTOS DE CONVENIO

Una de las características más llamativas del futuro Baremo es su estructura clara y ordenada y las numerosas reglas y definiciones que contiene a lo largo de su texto articulado, si bien, muchas de ellas se limitan a recoger criterios del sistema actual. Este sería el caso de los gastos de convenio, que podríamos definir como aquellos gastos de asistencia sanitaria e importes de prótesis, ortesis y productos de apoyo que las aseguradoras, con cargo al seguro obligatorio, pagan directamente a los centros sanitarios que prestan dicha asistencia en virtud de los convenios sanitarios suscritos.

En consecuencia, la cuantía de los gastos no atañe al lesionado, ya que es el resultado de un pacto entre el centro sanitario y la aseguradora, y no debería suponerle ningún problema. Precisamente, se firman con esa finalidad. Sin embargo, algunas voces han empezado a alzarse contra las tarifas de los convenios por considerar que, en el sector privado, redundan en la mala calidad del servicio y, en el sector público, significan una malversación de fondos. Las críticas se centran últimamente, sobre todo, en los sistemas modulares, como el Módulo del Raquis Vertebral, que se viene aplicando desde 2008, o los módulos previstos en los convenios con la sanidad pública valenciana y navarra, incluso de fechas anteriores. Pero olvidan que los módulos (o tarifas planas) son procesos de facturación aceptados en la externalización de servicios sanitarios y que el precio de las tarifas se ve compensado por los pagos que no procederían en un sistema basado en la responsabilidad, como, por ejemplo, los de atropellos por culpa exclusiva de peatones o los de conductores causantes del accidente cuando interviene más de un vehículo.