

Seguridad Social y seguros obligatorios. Problemática en la coexistencia. Algunas propuestas para reducir el gasto prestacional

ANDRÉS RAMÓN TRILLO GARCÍA*

1. La obligación de las compañías de seguros de reintegrar los costes de la asistencia sanitaria prestada por la Seguridad Social y la problemática derivada. 2. Seguros obligatorios y prestaciones económicas de la Seguridad Social y su problemática comunitaria. 3. Las dificultades para el ejercicio de acciones de reintegro en terceros Estados. 4. Propuestas concretas.

El presente trabajo tiene por finalidad analizar algunos de los problemas que se pueden plantear cuando la situación de necesidad protegida por el sistema de la Seguridad Social tenga su causa en actos que determinen la responsabilidad civil de un tercero, bien porque concurre cualquier género de culpa, bien porque el ordenamiento jurídico prevea un aseguramiento obligatorio al margen del establecido por el sistema de la Seguridad Social. Además de efectuar un somero análisis de estos problemas proponemos una serie de medidas que, sin incrementar el gasto público, suavicen en cierta medida los efectos de los problemas apuntados reduciendo el gasto e incrementando los ingresos del sistema de la Seguridad Social.

* Andrés Ramón Trillo García. Letrado de la Administración de la Seguridad Social. Este trabajo se inserta dentro de las actividades del Proyecto I+D "Buenas Prácticas Jurídico-Procesales en Derecho Laboral y Comunitario para Reducir el Gasto Social con Coste Cero". Proyecto DER 2012-32111 financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

1. La obligación de las compañías de seguros de reintegrar los costes de la asistencia sanitaria prestada por la Seguridad Social y la problemática derivada

Tanto la legislación sanitaria como la de Seguridad Social establecen preceptos en los que se determina la obligación de las compañías aseguradoras de reintegrar a la Seguridad Social o a los Servicios Público de Salud el coste de la asistencia sanitaria que se sirva y que pudiera estar cubierta por un seguro de responsabilidad civil frente a terceros, o bien por asegurar los daños propios. En este sentido el artículo 83 de la Ley General de Sanidad dispone que “los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en aquellos, asegurados o no, en los que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la consideración de ingresos propios del servicio de salud correspondiente”. El precepto añade que los gastos inherentes a la prestación de servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social, sin que en ningún caso los ingresos puedan revertir en aquellas personas que intervinieron en la atención de los pacientes. Por tanto, los centros médicos que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en los supuestos de seguros obligatorios y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en los que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán derecho a reclamar al tercero responsable el coste de los servicios prestados.

Este derecho al reintegro alcanzará a los ingresos procedentes de convenios con entidades proveedoras de servicios, de manera que es frecuente que entidades aseguradoras concierten convenios con los sistemas públicos de salud al objeto de que, por los centros públicos sanitarios, se presten servicios sanitarios a sus asegurados. En el mismo sentido, la disposición adicional vigésima segunda de la Ley General de la Seguridad Social clarifica la naturaleza jurídica de estos ingresos cuando la asistencia es prestada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria indicando, por un lado, que será el Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad el que fijará el régimen de precios y tarifas de tales atenciones, prestaciones y servicios, tomando como base sus costes estimados. Igualmente, la citada disposición adicional señala que estos

ingresos generarán crédito por el total de su importe y se destinarán a cubrir gastos de funcionamiento, excepto retribuciones de personal, y de inversión de reposición de las instituciones sanitarias, así como a atender los objetivos sanitarios y asistenciales correspondientes. Estos recursos serán reclamados por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en nombre y cuenta de la Administración General del Estado, para el ingreso en el Tesoro Público. En tal sentido, el Tesoro Público, por el importe de las generaciones de crédito aprobadas por la Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, procederá a realizar las transferencias correspondientes a las cuentas que la Tesorería General de la Seguridad Social tenga abiertas, a estos efectos, para cada centro sanitario.

En el marco de aplicación del artículo 83 de la Ley General de Sanidad, el Real Decreto 1030/2006 regulador de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de salud y su procedimiento para hacerlo efectivo, prescribe en su Anexo XI que los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados el pago del importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido el transporte sanitario, la atención de urgencia, la atención especializada, el tratamiento con productos dietéticos y la rehabilitación en diversos supuestos entre los que se encuentra el que los servicios y prestaciones hayan sido efectuadas a favor de personas que las tengan cubiertas por un seguro o se establezca la obligación de que se haga cargo un tercero¹.

¹ El Anexo XI del RD 1030/2006 recoge los siguientes supuestos en los que debe reclamarse el importe de la asistencia sanitaria a terceros:

- “1. Asegurados o beneficiarios del sistema de Seguridad Social pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Mutualidad General Judicial o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.
- 2. Asegurados o beneficiarios de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.
- 3. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina.
- 4. Seguros obligatorios:
 - a) Seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales.
 - b) Seguro obligatorio de vehículos de motor.
 - c) Seguro obligatorio de viajeros.

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

Con un carácter más omnicompreensivo el artículo 127.3 LGSS regula el reintegro de prestaciones sanitarias efectuadas a terceros cuando la atención se deriva de una lesión provocada por un tercero que debe responder civilmente del daño, en virtud de una responsabilidad contractual o extracontractual, y ello aunque dicha responsabilidad se derive de un ilícito penal. El reintegro se establece tanto a favor de los Servicios Públicos de Salud como de las mutuas en su calidad de prestador de la asistencia sanitaria derivada de accidente de trabajo. Igualmente el derecho al reintegro por la asistencia sanitaria prestada por estas entidades a consecuencia de la existencia de un responsable civil del daño corporal causado, alcanzará tanto a los servicios obligatorios como a aquellos que se concierten con carácter voluntario y complementario.

Asimismo el artículo 127.3 LGSS establece que cuando la prestación de servicios 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, prosigue el precepto, el

-
- d) Seguros obligatorios de caza.
 - e) Cualquier seguro obligatorio.
5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades.
Se reclamará el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente.
6. Ciudadanos extranjeros:
- a) Asegurados o beneficiarios en un Estado miembro de la Unión europea, del Espacio Económico Europeo y Suiza, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.
 - b) Asegurados o beneficiarios de otros países extranjeros, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social suscritos por España.
7. Otros obligados al pago:
- a) Accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos en caso de que se haya suscrito contrato de seguro de accidentes o de responsabilidad civil que cubra las contingencias derivadas de estas actividades.
 - b) Seguro escolar.
 - c) Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes.

trabajador o sus derechohabientes podrán exigir las indemnizaciones procedentes de los presuntos responsables penales o civiles.

Igualmente el precepto indica que los Servicios Públicos de Salud y las entidades colaboradoras 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 que hubieran satisfecho, asistiendo el mismo derecho al empresario que colabora en la gestión de la asistencia sanitaria en los términos establecidos en la ley.

Por otro lado hay que señalar que el precepto establece que, para ejercitar el derecho al resarcimiento, las entidades gestoras tengan plena facultad para personarse en el procedimiento penal o civil seguido para hacer efectiva la indemnización, considerándose como terceros a los efectos de lo dispuesto en el Código Penal.

Como vemos tanto la Ley General de Sanidad como la de Seguridad Social apuntan una serie de preceptos que permiten a las instituciones gestoras de los Servicios Públicos de Salud exigir a las entidades aseguradoras el reintegro de los servicios sanitarios que nazcan de una obligación civil derivada de dolo, culpa o negligencia en virtud de títulos contractuales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1101 del Código civil, extracontractuales por mor de lo establecido en el artículo 1902 del mismo Código, o incluso cuando los daños personales deriven del delito o de la falta en los términos establecidos en el artículo 109 del Código Penal.

El fundamento de esta facultad atribuida a los Servicios Públicos de Salud y a las entidades colaboradoras de éstos para exigir a las compañías de seguros el reintegro del coste de las prestaciones y servicios sanitarios prestados y por ellas aseguradas, ha sido apreciado de forma diversa por los tribunales.

Algunas sentencias, como las dictadas por la Audiencia Provincial de León de 2 de enero de 2004 y de 4 de julio de 2005, de la Audiencia Provincial de Girona de 5 de abril de 2000 y de la de Huesca de 7 de septiembre de 1993 encuentran el fundamento en la “*actio in rem verso*” regulada en el artículo 1158 del Código Civil².

2 “Puede hacer el pago cualquier persona, tenga o no interés en el cumplimiento de la

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

En otras sentencias, como las dictadas por la Audiencia Provincial de Huesca de 7 de septiembre de 1993, de 19 de octubre de 1993, de 10 de diciembre de 1994, por la Audiencia Provincial de La Rioja de 2 de mayo de 2007, o por la Audiencia Provincial de Zamora de 12 de enero de 2007 el fundamento del reintegro descansa en la obligación que tiene todas consecuencias del siniestro de acuerdo con lo previsto en el artículo 103 de la Ley del contrato de Seguro que dispone: “los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurador, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las asistencias de carácter urgente”.

Por último, otro grupo de sentencias, como la dictada por la Audiencia Provincial de Baleares de 8 de julio de 2002, encuentran el fundamento del reintegro en el principio de especialidad en virtud del cual la cobertura de un riesgo específico se efectuará con preferencia a uno de carácter genérico toda vez que sería contrario al principio de equidad que sea el asegurado el que elija o determine libremente el seguro que debe asumir las prestaciones y servicios asistenciales, máxime cuando además la preferencia en el pago resulte directamente de la Ley.

La existencia de esta posibilidad de reembolso, el hecho de que muchos de los asistidos sean también beneficiarios de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Público de Salud en virtud de otro título y en concreto por estar integrados en los regímenes de la Seguridad Social y que además, la mayoría de las pólizas de este tipo de seguros, por ejemplo los deportivos, tengan cláusulas de exclusión de la asistencia sanitaria prestada por terceros no autorizados por la compañía, provoca no pocos problemas tanto fácticos como jurídicos. Así es práctica común que el asegurado que acude a los servicios públicos de salud oculte la causa de la lesión lo que provoca a veces problemas de diagnóstico o de tratamiento, o que por el contrario, el servicio público rechace prestar la asistencia cuando sospecha que la lesión, por sus

obligación, ya lo conozca y lo apruebe, o ya lo ignore el deudor.

El que pagare por cuenta de otro podrá reclamar del deudor lo que hubiera pagado, a no haberlo hecho contra su expresa voluntad.

En este caso sólo podrá repetir del deudor aquello en lo que hubiera sido útil e pago”.

características, puede estar asegurada obligatoriamente por una compañía privada.

No obstante, a mi juicio, hay dos situaciones en la que la asistencia sanitaria forzosamente ha de ser prestada por el Servicio Público de Salud³, sin perjuicio del ulterior reembolso por parte de las compañías aseguradoras.

La primera de las situaciones hace referencia a aquellos casos en los que por razones de urgencia en el tratamiento, éste necesariamente haya de realizarse en los servicios públicos de salud. En tal sentido, las pólizas de seguro no pueden excluir de su cobertura la asistencia realizada en los centros públicos en los casos de urgencia, y en el supuesto de que así se estableciera habría que tenerla por no puesta tal como lo entiende la sentencia de la Audiencia Provincial de La Rioja de 23 de julio de 2007 que siguiendo la doctrina del Tribunal Supremo en su sentenciad e 28 de julio de 2007 señala que el concepto de necesaria “asistencia de urgencia” prevista en el artículo 103 LGS acoge una fórmula flexible que debe ser interpretada en el sentido de no aplicar restricciones al interesado tales como “urgencia vital” o “urgencia clínica grave”, que no responderían a la genérica fórmula legal y deben entenderse como no puestas.

De este modo la obligación de prestar la asistencia sanitaria por el Servicio Público de Salud y la posibilidad de reembolso en casos de urgencia se reconoce en las sentencias de las Audiencias Provinciales de Cantabria de 5 de marzo de 2009, de La Rioja de 23 de julio de 2007, de Santa Cruz de Tenerife de 26 de enero de 2007 o de Teruel de 4 de junio de 2002. En cambio la sentencia de la Audiencia Provincial de Valladolid de 15 de septiembre de 22008, la de la Audiencia provincial de Badajoz de 18 de mayo de 2001, de la Audiencia provincial de Madrid de 31 de marzo de 2002 o de la Sala de lo social del Tribunal superior de Justicia de Castilla y León (Sede de Valladolid) de 11 de julio de 2005, consideran que no procederá el reembolso cuando no exista situación de urgencia o cuando, como señala la sentencia de la Audiencia Provin-

³ Cfr. Cristina Sánchez-Rodas Navarro ; La Residencia en España desde el Prisma del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social. Aranzadi. Pamplona. 2014 ; pp.194-201.

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

cial de Segovia de 8 de octubre de 1998, se realice por el Servicio Público de Salud una asistencia no asegurada.

La segunda de las situaciones en que la prestación sanitaria y su seguimiento deben efectuarse por la sanidad pública se produce en aquellos casos en los que la lesión o la enfermedad asegurada de lugar a una situación e incapacidad temporal, bien de origen común o profesional. En efecto, la prestación de incapacidad temporal, aunque tenga una naturaleza económica tiene por finalidad sustituir las rentas del trabajador que sufre la suspensión del contrato de trabajo a consecuencia de la enfermedad o lesión, por lo que requiere como presupuesto ineludible que el trabajador reciba asistencia de la Seguridad Social, bien de los facultativos dependientes del Servicio Público de Salud cuando el proceso patológico derive de contingencia común o profesional cuando ésta última esté asegurada con el INSS, bien de los facultativos adscritos a las mutuas de accidentes cuando dichas asociaciones de empresarios aseguren las contingencias profesionales. En ambos casos la dinámica de la prestación económica está supeditada a la realización de una serie de actos médicos tales como las bajas, confirmaciones de bajas o altas que determinan el nacimiento, mantenimiento y extinción de la situación de incapacidad temporal y que necesariamente se deben formalizar por los citados facultativos en unos documentos administrativos denominados partes. De esta manera cuando la lesión tiene trascendencia en la realización del trabajo y puede dar lugar a la percepción de la prestación de la Seguridad Social por incapacidad temporal el principio de especialidad cede ante el de oficialidad.

Dicho lo anterior hay que señalar que, a pesar de la aplicación del principio de especialidad, el centro público de salud no puede rechazar la asistencia sanitaria aún cuando derive de un riesgo cubierto por un seguro obligatorio pues también rige con preferencia el principio de automaticidad que obliga al Sistema Nacional de Salud a prestar la asistencia y posteriormente determinar las responsabilidades tal como se deduce de los artículos 125.3 y 127.3 de la LGSS al disponer el primero el alta de pleno derecho en materia de asistencia sanitaria y el segundo que cuando la prestación haya tenido su origen en supuestos de hecho que impliquen responsabilidad civil, esta será realizada

de forma efectiva sin perjuicio de determinar las responsabilidades oportunas.

Por otro lado, al igual que ocurre con las entidades sanitarias públicas, las mutuas de accidentes de trabajo podrán exigir a las compañías aseguradoras el reembolso de la asistencia sanitaria prestada. Así el artículo 17.2 del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, establece que cuando, aún ostentando el beneficiario el derecho a la prestación sanitaria de la Seguridad Social, dicha prestación haya tenido como origen supuestos de hecho que impliquen responsabilidad criminal o civil de alguna persona, la mutua hará efectiva la prestación pero tendrá derecho a reclamar al tercero responsable de manera que el tercero obligado al pago o, en su caso, el subrogado legal o contractualmente en sus obligaciones, deberá reintegrar el coste de las asistencias y prestaciones sanitarias que se hubiera satisfecho. En tal sentido, para hacer efectivo el pago la mutua podrá remitir a la Tesorería General de la Seguridad Social al objeto de que proceda a su recaudación, o bien, de conformidad con lo previsto en el último párrafo del artículo 127.2 LGSS, se podrá personar directamente en el procedimiento penal o civil seguido para hacer efectivo el resarcimiento o promover el procedimiento penal considerándose como terceros perjudicados a efectos de lo establecido en el artículo 113 del Código Penal.

Por otro lado, dese el punto de vista cuantitativo, la acción de reembolso únicamente alcanzará a aquellos servicios y atenciones sanitarias contempladas en la cobertura de los seguros obligatorios básicos y de los complementos que facultativamente se suscriban, quedando excluidos del reembolso los servicios y atenciones no contemplados en las pólizas. A este respecto hay que señalar que el alcance económico del reembolso no es uniforme en el territorio nacional, de manera que en cada Comunidad Autónoma se establecen tablas de tarifas por actos médicos que suelen variar. Igualmente la naturaleza jurídica de la exacción es distinta, así en algunas Comunidades Autónomas la contrapartida económica al servicio o atención sanitaria tiene naturaleza de tasa como señalan las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Comunidad Valenciana de 6 de octubre de 2004, de 2 de noviembre de 2004 o de 3 de noviembre de 2004, mientras que en otras

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

Comunidades Autónomas tiene naturaleza de precio público tal como indican las sentencias de la Sala de lo contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 27 de marzo de 2002 o de 18 de diciembre de 2001.

En cuanto al plazo que tiene la Administración para reclamar el reembolso, con carácter general será el de los 15 años, previsto en el artículo 1964 del Código Civil, salvo que otra norma determine otro plazo distinto, tal como dispone la sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas de 28 de octubre de 2013.

Como vemos la relación entre la prestación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la existencia de seguros obligatorios es compleja en el orden fáctico y jurídico creándose situaciones de inseguridad en los asegurados y un cierto desasosiego burocrático con evidentes perjuicios económicos, generalmente en el sector público que muchas veces afronta asistencias a las que deberían hacer frente las compañías de seguros, generalmente porque se desconoce el origen de las patologías tratadas. En otros casos se establece un doble aseguramiento con un cierto derroche de medios como es el caso del aseguramiento obligatorio de los deportistas profesionales que establece el artículo 59 de la Ley del Deporte y la obligación de asegurar las contingencias profesionales.

Pues bien, en alguna de las actividades para las que se prescribe la obligación de suscribir un seguro obligatorio, como podría ser la actividad deportiva se general riesgos específicos para la salud con peculiares efectos que exigen especiales medios personales, materiales y técnicos: de esta manera este riesgo se añade a otros riesgos para la salud ya sean comunes o profesionales, a los que el asegurado está expuesto en su condición de ciudadano o de trabajador, y como tal, requieren un aseguramiento especial.

A este respecto consideramos que se debería facilitar que este aseguramiento se pueda realizar, no sólo con compañías de seguros o con mutualidades de previsión social, sino también con el Sistema Nacional de Salud o con mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

De este modo, el aseguramiento con el Sistema Nacional de Salud o

con la mutuas de accidentes permitiría poner al servicio de los asegurados la mejor red asistencia del Estado, dar coherencia a la protección, mejorar la financiación, rentabilizar las inversiones, profundizar en la especialización en determinados tipos de asistencias, así como coordinar más eficazmente la prestación sanitaria de la incapacidad temporal cuando el asegurado fuera además trabajador, o incluso permitir una mejor asistencia sanitaria una vez acabada la actividad asegurada. Además en el caso de las mutuas permitiría rentabilizar un sistema sanitario muy especializado en la asistencia sanitaria de patologías musculoesqueléticas y en la recuperación de accidentados.

En el caso del aseguramiento con entidades privadas el instrumento jurídico idóneo para formalizar el aseguramiento obligatorio sería como hasta ahora el contrato de seguro privado, mientras que cuando el aseguramiento se realizara con las entidades gestoras o colaboradoras de la Seguridad Social el instrumento más adecuado quizás sería el de una nueva modalidad de convenio especial que habría que normar.

Esta nueva modalidad de convenio especial aseguraría un segundo nivel de protección de asistencia sanitaria que tuviera en consideración las singularidades de los riesgos, de las lesiones y de los tratamientos y por el que, a cambio del pago de una cuota adecuada, se permitiera elegir la cobertura de la asistencia sanitaria con el Servicio Público de Salud correspondiente o con la mutua de accidentes de trabajo que se eligiera.

Los ingresos por estos convenios podrían tener la consideración de públicos y deberían estar afectados a la financiación de los servicios, atenciones e inversiones de las entidades prestadoras de asistencia sanitaria.

2. Seguros obligatorios y prestaciones económicas de la Seguridad Social y su problemática comunitaria

Como hemos visto el artículo 127.3 LGSS únicamente prevé la posibilidad de solicitar el reintegro del coste de las prestaciones sanitarias, no en cambio el reintegro de las prestaciones económicas de la Seguridad Social sin que en este caso, a nuestro juicio, sea posible invocar

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

otros preceptos como los artículos 1258 y 1210 del Código Civil. En este sentido consideramos que sería necesario, para exigir el reintegro de las prestaciones satisfechas por la Seguridad Social a las entidades aseguradoras de riesgos específicos que causen la contingencia protegida por la Seguridad Social, que se estableciera expresamente.

A este respecto hay que señalar que otros ordenamientos jurídicos, por ejemplo el artículo 332, apartado 1 de la Ley sobre el Régimen General de la Seguridad Social Alemán (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) establece: “Cuando las personas que, con arreglo a lo dispuesto en esta Ley Federal, tengan derecho a prestaciones (...) puedan solicitar la indemnización del perjuicio sufrido como consecuencia de la contingencia prevista por el seguro, sobre la base de otras disposiciones legales, dicho derecho se cederá a la entidad aseguradora, en la medida en que ésta está obligada a realizar esas prestaciones”. El precepto se complementa con lo dispuesto en el artículo 1394 del Código civil (Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch) que dispone que “El cesionario tendrá exactamente los mismos derechos que el cedente con respecto al crédito cedido”. En términos parecidos se recoge esta posibilidad en la legislación francesa.

Así, por un lado hay que señalar que el hecho de que no se recoja en nuestro ordenamiento la posibilidad de que la Seguridad Social no pueda subrogarse en la acción del trabajador frente a los aseguradores de la responsabilidad civil de los daños causados por terceros, provoca a veces una sobreprotección del daño toda vez que la incapacidad o la muerte pueden estas indemnizadas doblemente al entenderse compatibles las responsabilidades prestacionales derivadas del accidente no laboral y, por otro lado, las prestaciones de Seguridad Social.

En otros casos el efecto es el contrario, de manera que es frecuente que los tribunales moderen las indemnizaciones económicas derivadas de accidentes de trabajo que han de satisfacer las compañías aseguradoras limitándola a la satisfacción del daño emergente causado por considerar que el lucro cesante se encuentra satisfecho con la prestación de Seguridad Social lo que evidentemente beneficia a las compañías aseguradoras.

Por otro lado, si no se prescribe en nuestro ordenamiento jurídico

la posibilidad de exigir el reembolso de las prestaciones económicas causadas a consecuencia de responsabilidad civil o penal de un tercero, impide también exigirlo en un tercer Estado en el que sí se recoja esta facultad. Pensemos a este respecto que un trabajador español sufre un accidente en Alemania que genera una prestación de gran invalidez, pues bien, la institución española no podrá solicitar el reintegro de la pensión a la compañía de seguros alemana, mientras que la institución alemana sí. En este sentido se pronuncia la Sentencia del TJCE en su sentencia de 21 de septiembre de 1999 recaída en el asunto C-397/96 “Kordel contra Kordel”. La citada sentencia señalaba que “el artículo 93, apartado 1, letra a) del Reglamento 1408/1971, debe interpretarse en el sentido que la subrogación de una institución de Seguridad Social a la víctima o sus derechohabientes poseen frente al autor del daño acaecido en el territorio de otro Estado miembro y que haya dado lugar al abono de prestaciones de Seguridad Social por dicha institución, así como el alcance de los derechos en los que se subroga dicha institución, se determinan conforme al Derecho del Estado miembro al que pertenece esta institución, siempre que este derecho no vaya más allá de los derechos de la víctima o sus derechohabientes posean frente al autor del daño con arreglo al Derecho del Estado miembro en cuyo territorio haya acaecido éste”.

3. Las dificultades para el ejercicio de acciones de reintegro en terceros Estados

Por último, hay que señalar muy resumidamente que existen grandes dificultades para ejercer acciones de reintegro en otros Estados miembros de la Unión Europea cuando la asistencia está prestada en un Estado y en cambio el responsable del pago reside en otro Estado de la Unión siendo competente para conocer de la acción la Jurisdicción del Estado del deudor. La primera dificultad estriba en el conocimiento mismo del hecho causante de la responsabilidad civil, seguida de otras como la identificación en su caso del Juzgado o Tribunal que conoce del procedimiento en el que se ejerzan las acciones civiles y/o penales derivadas del hecho causante de la prestación reclamada, el conocimiento

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

del ordenamiento jurídico, la representación y postulación judicial, la ejecución de resoluciones administrativas o de sentencias, etc.

En este sentido sería necesario el establecimiento de un sistema de coordinación administrativa entre las instituciones de Seguridad Social de la Unión Europea a fin de remover los evidentes obstáculos. Esta coordinación podría propiciar, entre otras medidas, acuerdos o convenios entre instituciones a fin de comunicar los supuestos detectados de responsabilidad de un tercero en el reembolso de las prestaciones servidas, así como en la asistencia jurídica y representación procesal ante los órganos jurisdiccionales.

4. Propuestas concretas.

- 1.- Facilitar, en aquellos supuestos en que fuera factible, el aseguramiento adicional con las entidades gestoras y colaboradoras de la Seguridad Social de aquellos riesgos y actividades sujetas a aseguramiento obligatorio.
- 2.- Modificar el ordenamiento jurídico actual en el sentido de ampliar a las prestaciones económicas de la Seguridad Social la facultad de exigir el pago de un tercero, previsto actualmente para las prestaciones sanitarias en el artículo 127,3 LGSS.
- 3.- Promover en el marco de la coordinación administrativa actual en la Unión Europea iniciativas de colaboración entre las instituciones de Seguridad Social a fin de remover los obstáculos actuales para hacer efectivo el pago de terceros en otros Estados de la Unión Europea.