

**SEGUROS DEL CONVENIO COLECTIVO.
UN SEGURO SUI GÉNERIS**

**Núm.
35/2002**

M.^a JOSEFA MARTÍN FERNÁNDEZ

Letrada del Ilmo. Colegio de Abogados de Toledo

Extracto:

CON el presente estudio se intenta, brevemente, poner de manifiesto no sólo las contradicciones existentes en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, sino también la diferencia de trato que pueden llegar a tener los trabajadores dependiendo de si su situación dentro de la empresa es de eventuales o fijos, y lo que es más importante la inseguridad jurídica en la que nos encontramos al acudir a la jurisdicción laboral, máxime cuando tratamos temas de Seguridad Social, como son los accidentes de trabajo, a nadie le resultará desconocido el *mare magnum* de leyes y decretos sobre accidentes que están en vigor sólo en parte, y se van remitiendo unos a otros, todos con una antigüedad que en la mayor parte de los casos sólo les hace operativos para dar definiciones sobre ciertos conceptos, pero que no nos ofrecen una solución práctica para resolver un grave problema, cual es la situación jurídica del trabajador dependiendo de si es o no eventual.

Sumario:

- I. Introducción.
- II. El seguro de accidente en general.
 1. Contrato de seguro.
 2. Jurisprudencia civil en torno al momento que debe ser tenido en cuenta para determinar cuándo ha tenido lugar el hecho causante del accidente y por tanto hay obligación para la aseguradora de pagar el seguro.
- III. Punto de partida del seguro de accidente de colectivos.
- IV. Notas básicas del contrato de seguro de accidentes laborales según la jurisprudencia social.
 1. Definición de accidente y su equiparación con la enfermedad profesional dentro de la jurisdicción social.
 2. Interpretación del contrato de seguro de convenios colectivos.
 3. Hecho causante.
 4. Sucesión de Compañías aseguradoras.
 5. Jurisdicción y competencia de los Juzgados de lo Social.
- V. Elementos comunes.
 1. Principio «pro asegurado» y la interpretación favorable al asegurado.
 2. Obligatoriedad de la aseguradora de entregar las pólizas.
 3. La Ley de Consumidores y Usuarios.
- VI. Conclusión.

Bibliografía.

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los sectores de evolución más rápida en el sector del tráfico jurídico-privado y, sobre todo, de controvertida doctrina en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, estaría dentro del campo de los seguros de accidentes, su modalidad de aseguramiento de la indemnización pactada en convenio colectivo para caso de accidente de trabajo, cuando el mismo tenga como resultado la invalidez permanente, en grado de total o parcial. Un ejemplo de este tipo de seguros sería el contemplado en el artículo 8.1 del convenio colectivo de ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia para el sector de editoriales de 13 de julio de 1998, que en su redacción dice: «*Se establece la obligación para todas las empresas de tener concertado un seguro de muerte, o incapacidad absoluta derivada de accidentes, para todos los trabajadores y trabajadoras que mantengan cualquier tipo de relación laboral con la empresa por los siguientes importes:*

- *Muerte por accidente dos millones de pesetas.*
- *Incapacidad laboral absoluta cuatro millones de pesetas».*

Campo del derecho de seguros, el que nos ocupa, que queda a la libre regulación de la autonomía de la voluntad y en la que se han de conjugar tanto las normas mercantiles reguladoras de los contratos de seguro como las normas laborales, pero ninguna de ellas trata el seguro en concreto, sino que se tienen como principios reguladores y así, en derecho de seguros, es un seguro de accidente de colectivos, regulado en el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, y en Derecho laboral es considerado por la jurisprudencia como una mejora de Seguridad Social, lo cual implica que los conflictos que surjan al respecto serán conocidos por la jurisdicción laboral y no por la civil. Conocimiento de los conflictos por la jurisdicción social que hace que se tenga que acudir a la interpretación jurisprudencial que el Tribunal Supremo, Sala de lo Social, ha dado sobre este tipo de contratos asegurativos, al carecer esta rama del Derecho de una normativa que regule los seguros de colectivos, tratándolos el Alto Tribunal más como seguros de daños que como seguros de accidentes.

Variedad de ordenamientos jurídicos aplicables que no hacen sino poner de manifiesto la insuficiencia de las previsiones legislativas, así como la inadecuación de un buen número de normas relativas a las garantías que cubre el contrato, o la fecha del hecho causante que debe tomarse para calcular la indemnización debida.

La relevante atipicidad que existe en nuestros días en este sector plantea problemas considerables al ordenamiento jurídico, y a los trabajadores asegurados que se ven desprotegidos y al arbitrio de los tribunales, vulnerándose las más de las veces el principio constitucional de seguridad jurídica (art. 9 de la Constitución Española), principio que, por un lado, es alegado por el Alto Tribunal para fundamentar sus sentencias de unificación de doctrina, y, por otro, se ve quebrantado al consistir la seguridad jurídica en la suma de certeza y legalidad, jerarquía normativa, irretroactividad de lo no favorable, e interdicción de la arbitrariedad; suma equilibrada de tal suerte que permita promover, en el orden jurídico, la justicia y la igualdad en libertad (SS. 27/1981, de 20-7; 99/1987, de 11-6; y 227/1988, de 29-11), pero esta igualdad se ve rota, al ser tratado de distinta manera el seguro de accidentes que contrata un particular, con el seguro de accidentes que realiza la empresa para sus trabajadores. Desigualdad que se da en cuanto que acaecido el riesgo cubierto, el accidente, en un contrato de seguro de accidente el momento tomado para saber qué póliza rige es el momento del accidente y no el momento en el que las lesiones físicas se concretan, mientras que en el seguro de accidentes de colectivos el momento que se tiene en cuenta como hecho causante del riesgo y así tomar la póliza que cubre el riesgo es el de la concretización de las lesiones, o bien, cuando las unidades de valoración de incapacidades de la Seguridad Social determinen la invalidez permanente.

Desigualdad que tiene gran importancia a la hora de saber si las lesiones consecuencia del accidente están o no cubiertas por la póliza del seguro, sobre todo en unas lesiones que deben derivar en invalidez permanente, y para esto se tienen en cuenta las valoraciones efectuadas por la UVMI, proceso administrativo que las más de las veces tiene lugar transcurrido mucho tiempo desde que el accidente acaeciera.

Importancia de considerar cuál es el convenio colectivo aplicable, que toma gran relieve, pues, en la sociedad actual, por un lado, debido al alto grado de empleo eventual existente, al considerar como hecho causante el momento de la declaración de la invalidez y al ser ésta resultado de un proceso no sólo patológico, sino también administrativo de reconocimiento de la invalidez por parte de la Seguridad Social, los trabajadores ven cómo su contrato se extingue por transcurso del tiempo pactado y, por lo tanto, el contrato de seguro no cubre su accidente por no estar en la plantilla de la empresa al momento de declararse por la UVMI la invalidez, debiendo ser responsable del pago el empresario, el cual, por otro lado, ve que, no obstante haber realizado el pago de un seguro de accidentes que cubre las lesiones producidas por accidente a sus trabajadores, tiene que pagar él mismo las indemnizaciones al estar el contrato de trabajo extinguido a la hora de la valoración por la UVMI de las lesiones permanentes que el trabajador padece, con el considerable perjuicio para la empresa, a pesar de que en el momento de acaecimiento del accidente laboral sí estaba cubierto por el seguro.

O, también, perjuicio para el trabajador de pequeñas empresas que no pueden cubrir las cantidades pactadas en convenio colectivo para estas situaciones y se queda sin cobrar una indemnización estando en el momento de suceder el accidente cubierto por un seguro de accidente.

Igualmente, existe una desigualdad entre los trabajadores fijos y los eventuales, pues a los primeros se les aplica el convenio colectivo aplicable a la fecha de ser declarada la invalidez, mientras que a los segundos se les aplica el convenio colectivo aplicable a la fecha del accidente, lo que supone un perjuicio económico para los trabajadores eventuales respecto de los fijos.

En resumen, como hemos visto hasta ahora, la problemática surgida en torno a estas mejoras de Seguridad Social es múltiple, tanto como las diversas situaciones en las que se puede encontrar el trabajador, y que se ven agravadas no sólo por la falta de legislación sino por la falta de unanimidad en la jurisprudencia social en sus sentencias, que difieren unas de otras y, a su vez, con la jurisprudencia civil.

La especialidad de este contrato de seguro de convenio colectivo respecto al seguro de accidentes contratado a título particular estriba:

1.º Inicialmente en la póliza del seguro intervienen tres sujetos: el asegurador, la persona que lo contrata o tomador del seguro y el beneficiario. En el «seguro del convenio colectivo» es el empleador o empresario el que contrata como tomador, asegurando a todos sus empleados, que son los beneficiarios de la póliza, lo que les atribuye que su regulación se debe regir, además de por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por la Orden de 24 de enero de 1977, por la que se regulan los seguros de grupo sobre la vida humana. Y la empresa aseguradora que se subroga en el lugar del empresario para el pago de la indemnización que el convenio colectivo prevé para caso de invalidez permanente o muerte.

En los seguros de accidentes el tomador y beneficiario suelen ser la misma persona.

2.º En tanto que al particular que contrata un seguro de accidentes le es de aplicación tanto la definición de accidente como las tablas sobre el daño corporal sufrido insertas en las condiciones generales que las compañías aseguradoras ofrecen a sus clientes, en el aseguramiento de invalidez laboral estas tablas no son de aplicación, debiéndose estar a la definición de invalidez que da la Ley General de Seguridad Social, y a la indemnización fija pactada en convenio colectivo aplicable, por lo que, la suma a indemnizar por la compañía aseguradora es cierta y conocida con antelación al acaecimiento del riesgo. Es indiferente en qué consisten las secuelas que le quedan al trabajador, lo importante es la valoración de invalidez permanente, en grado de total o absoluta que declara la UVMI, y la cantidad indemnizatoria preestablecida en convenio colectivo.

3.º La consideración del seguro del convenio colectivo por la jurisprudencia del Tribunal Supremo como una mejora voluntaria de Seguridad Social, lo que hace que este contrato debe interpretarse a la luz de la legislación laboral, pues es de ésta de la que trae causa, siendo aplicables los principios de la rama social del Derecho del principio pro operario, norma más favorable, la prelación normativa del artículo 3 del ET, etc.

Contrato de seguro que, no obstante, se rige también por las leyes sobre seguros, y sobre todo por la construcción jurisprudencial que en torno al mismo se ha ido creando. No siendo coincidente la jurisprudencia civil con la laboral sobre hecho causante como ya se ha indicado.

- 4.º Otra nota diferenciadora con los contratos de accidentes que se rigen por la vía civil es la equiparación de accidente de trabajo con la enfermedad profesional, equiparación que de ningún modo tiene lugar en la jurisprudencia civil. Nota que viene dada por la interpretación con base en la normativa social del contrato de seguro, interpretación que no se da en los contratos de seguro civiles, contratos que son interpretados al tenor literal de lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro y la definición de accidente que da el artículo 100, en el que no se incluyen las lesiones por enfermedad.

Característica común a los dos es tanto la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de octubre) como la interpretación de los contratos de seguro a tenor de la Ley del Consumidor.

- 5.º La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha considerado estos contratos de seguro de colectivos más como seguros de daños (en concreto al de caución, o fianza), que como seguros de accidentes a la hora de determinar el momento del hecho causante de la indemnización. Así, en ambos supuestos, tenemos un interés de futuro incierto, que es la posibilidad de que el tomador del seguro contraiga una deuda pecuniaria con el asegurado, deuda que es satisfecha por el asegurador, a través de la obligación de pago contraída en el contrato de seguro.

El interés asegurado por el empresario es la indemnización prevista en el convenio colectivo para caso de accidente con resultas de invalidez permanente, es decir, el asegurador se subroga en la posición del tomador del seguro, o empresario, para el supuesto de que éste resulte deudor de la cantidad pactada en el convenio colectivo en caso de producirse un accidente de trabajo con resultas de invalidez permanente o muerte, característica de subrogación del asegurador en la posición del asegurado que tiene en común con los seguros de caución, en los que «el asegurador se obliga, en caso de incumplimiento por el tomador de seguro de ciertas obligaciones, a indemnizar al acreedor de éste». Ésta es la característica que el Tribunal Supremo ha tenido en cuenta en sus últimas sentencias para considerar que el hecho causante tiene lugar en el momento de la declaración de la UVM1 de la Seguridad Social, tal y como se constata en la Sentencia de 28 de enero de 1997, que dice: «*En efecto, las mejoras aquí enjuiciadas no vienen establecidas para la "contingencia" accidente, sino para sus consecuencias, y ahora en concreto para la invalidez permanente*».

Doctrina que entiende que el riesgo asegurado no es el accidente por sí mismo, como entien- de la jurisprudencia civil, sino la obligación que los convenios colectivos imponen al empresario de entregar una cantidad cierta, establecida en el propio convenio colectivo para el caso de invalidez permanente o muerte derivada de accidente de trabajo. Y es precisamente el hecho de estar previsto en el convenio colectivo lo que ha llevado a la jurisprudencia del Tribunal Supremo a la consideración de esta indemnización como una mejora de la Seguridad Social.

II. EL SEGURO DE ACCIDENTE EN GENERAL

Como precedente a lo que será un estudio concreto de los seguros de colectivos, veamos primero algunas notas sobre los seguros en general, para, de esta manera, tener un punto concreto de diferenciación, y poder establecer el hecho ya mencionado anteriormente de que la doctrina de nuestro Alto Tribunal trata a los contratos de seguros de colectivos, no como seguros de accidentes, que es lo que deberían ser, sino como seguros de daños.

1. Contrato de seguro.

El contrato de seguro se va a regir, no por lo dispuesto en el Código de Comercio, sino por la Ley de Contrato de Seguro de 8 de octubre de 1980, Ley 50/1980 (BOE 17 de octubre), la Ley de Ordenación del Seguro Privado, Ley 30/1995, de 8 de noviembre (BOE 9 de noviembre) y el Reglamento General de ejecución aprobado por Real Decreto 1348/1985, de 1 de agosto (BOE 3, 5 y 6 de agosto).

El contrato de seguro privado constituye en nuestros días una rama autónoma de la contratación mercantil, no obstante sus especialidades tiene en común con el resto de los contratos mercantiles, en líneas generales, las nociones de contrato mercantil que establece el Código de Comercio y que descansan en los artículos 1.091 y 1.254 del Código Civil, pudiéndose considerar, por tanto, como la conjunción o coincidencia de los consentimientos de dos o más personas de la que nacen obligaciones con fuerza de ley entre aquéllas.

En base a la consideración del contrato como un negocio jurídico, es decir, como el acto de autonomía privada que constituye, modifica o extingue relaciones o situaciones de significación jurídica, puede ser definido el contrato mercantil como: «el negocio jurídico (bilateral o plurilateral) por el que se constituyen, modifican o extinguen relaciones jurídicas obligacionales de carácter patrimonial».

Se trata, por tanto, de una situación en la que se distinguen los sujetos y la relación jurídica que los une, relación jurídica que comienza con la oferta, encaminada a la perfección del contrato y comprensiva de los elementos esenciales del mismo, dirigida al público en general. La oferta va seguida por la aceptación, como declaración de voluntad unilateral, y que llevará a la perfección del contrato mediante la prestación del consentimiento recíproco.

En concreto, respecto al contrato de seguro, es definido por la propia Ley de Contrato de Seguro en su artículo 1: «El contrato de seguro es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas».

Partiendo de esta definición se puede observar que el negocio jurídico versa sobre la constitución de una relación entre dos personas, asegurador y asegurado, en la que ambos tienen derecho y obligaciones; así, el asegurador, que es la parte dominante dentro del contrato de seguro, al tratarse del empresario formado por una entidad aseguradora, se obliga a indemnizar el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, renta u otras prestaciones convenidas, y, por su parte, el asegurado se obliga a pagar la prima pactada.

En esta definición del artículo 1 de la Ley de Contrato de Seguro se realiza ya la distinción entre las dos grandes clases o grupos de seguros que hay en nuestro Derecho, los seguros de daños y los seguros de personas. Los primeros son seguros de indemnización efectiva, en los que se trata de reparar el daño causado; mientras que los segundos consisten en una suma dineraria en diversas ocasiones relacionadas con las personas como son la muerte, jubilación, supervivencia, etc. Clasificación que está debidamente separada por la norma jurídica, que regula los seguros de daños y sus modalidades en el Título II (arts. 25 a 79); y trata los seguros de personas en el Título III (arts. 80 a 106).

Los elementos que forman el contrato de seguro, como ya hemos adelantado son:

- A) El asegurador, o Entidad de Seguros, que debe estar inscrita en el Registro especial de entidades aseguradoras;
- B) El asegurado, que es el contratante o tomador de la póliza, es el que realiza el contrato de seguro para sí o a favor de un tercero (art. 7 LCS), es la persona titular de un bien objeto del seguro, pues si no existe riesgo o el siniestro ya ha ocurrido, el contrato será nulo tal y como establece el artículo 4 de la LCS; asumiendo las obligaciones que el contrato le imponga, principalmente el pago de la prima y la obligación de declarar tanto el cuestionario a que le someta el asegurador como el siniestro;
- C) El contrato de seguro, que se trata de un contrato consensual, debe ser formalizado por escrito, según lo dispuesto en el artículo 5 de la LCS, excepto «En las modalidades de seguro en que por disposiciones especiales no se exija la emisión de la póliza, el asegurador estará obligado a entregar el documento que en ellas se establezca». Inciso que no contraviene la primera parte de formalización por escrito del contrato de seguro.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencia de 21 de mayo de 1990, RJ 1990, 4484) califica el contrato de seguro como máxima de buena fe y ello exige la colaboración tanto del asegurado como del asegurador.

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece en el artículo 10 que el tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador de acuerdo con el cuestionario que éste le someta todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de este deber si el asegurador no le somete cuestionario o sometiéndoselo se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y estén comprendidas en él.

- «La Ley de 1980, sobre Regulación del Contrato de Seguro, es una ley de mínimos, al permitir cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, cláusulas que pueden deducirse no sólo de las textualmente incorporadas al contrato, sino de la conducta que hayan desarrollado las partes durante su vigencia» [STS 28 de noviembre de 1985. Ponente: Sr. Moreno Moreno. (Ar. 5880)].
- Se ha mantenido con reiteración por esta Sala y también por la Sala 1.ª de este Tribunal que la interpretación de los contratos de seguro, que son contratos de adhesión redactados por la compañía aseguradora, se ha de efectuar de modo que en los casos de duda ha de estarse a lo más favorable al asegurado; debiéndose tener en cuenta que si las palabras parecieren contrarias a la intención de los contratantes, prevalecerá ésta sobre aquéllas (art. 1.281 del Código Civil), que las cláusulas de los contratos deberán interpretarse las unas por las otras, atribuyendo a las dudosas el sentido que resulte del conjunto de todas (art. 1.285), y que la interpretación de las cláusulas oscuras no debe favorecer a la parte que hubiese ocasionado la oscuridad (art. 1.288) [STS 20 de julio de 1990. Ponente: Sr. Gil Suárez. (Ar. 6450)].
- STS de 12 de julio de 1984, Ponente: Sr. Bueren y Pérez de la Serna (Ar. 4159) que dice: «La responsabilidad en todo caso por concertarse la póliza insuficientemente debe atribuirse a la aseguradora como entidad especializada en estos temas».
- La Sala en Sentencia de 19 de mayo de 1986, con cita de la de 12 de mayo de 1983 de la Sala 1.ª y de la de 9 de octubre de 1984 de la 6.ª, se refiere a que al tratarse el contrato de seguro de un contrato de adhesión ha de ser objeto de amplia interpretación. [STS 8 de junio de 1988. Ponente: Sr. Álvarez de Miranda y Torres. (Ar. 5258)].
- Debe partirse de que la aseguradora debe conocer los antecedentes y motivaciones de la póliza y, que al ser el seguro un contrato de adhesión, no puede hacerse una interpretación favorable a quien sea responsable de los posibles equívocos derivados de las expresiones contractuales utilizadas. [STS 19 de julio de 1988. Ponente: Sr. Moreno Moreno. (Ar. 6199)].
- En último extremo siempre estaríamos ante un contrato de adhesión, como es el de seguros, con cláusulas equívocas y oscuras, que al interpretarse no puede hacerse en contra del asegurado (Sentencias de 12 de marzo de 1986, 19 de mayo de 1986 y 12 de mayo de 1983, esta última de la Sala 1.ª). [STS 15 de julio de 1992. Ponente: Sr. Fuentes López. (Ar. 5622)].
- «Hay que señalar como notas básicas del mismo la onerosidad en cuanto que la obligación de pagar la prima se corresponde como equivalente a la asunción de la obligación de pagar la indemnización o capital convenidos, apareciendo en el mismo sentido como nota fundamental del contrato de seguro la aleatoriedad, en cuanto incertidumbre de cada contrato aisladamente considerado, aunque no del conjunto, teniendo en cuenta los correspondientes cálculos actuariales, de tal manera que el riesgo que el asegurador corre está en proporción a las primas que recibe y éstas, a su vez, en función de lo que la doctrina científica llama intensidad del riesgo». [SSTS de 10 de junio de 1985. Ponente: Sr. Ruiz Vadillo. (Ar. 3373); 21 de mayo de 1990. Ponente: Sr. Lorca García. (Ar. 4484); 10 de junio de 1990. Ponente: Sr. Lorca García. (Ar. 5046); y 26 de noviembre de 1991. Ponente: Sr. Bris Montes. (Ar. 8274)].

- Si la compañía aseguradora recibió las primas correspondientes al riesgo que soportaba, producido el evento debe satisfacer la indemnización convenida. [STS 17 de junio de 1982. Ponente: Sr. Ruiz Vadillo. (Ar. 4037)].

2. Jurisprudencia civil en torno al momento que debe ser tenido en cuenta para determinar cuándo ha tenido lugar el hecho causante del accidente y por tanto hay obligación para la aseguradora de pagar el seguro.

- Principio de igualdad y teoría de la causalidad adecuada.

A la hora de determinar el nexo causal entre el riesgo asegurado y la realización del siniestro, la doctrina ha elaborado varias teorías, las destacables por número de adeptos son:

- A) **La regla de la causa próxima**, que es originaria del Derecho romano, y se basa en el adagio *in ure non remota sed causa spectatur*. Esta concepción entiende que para la existencia de un nexo causal se precisa que el hecho sea causa directa e inmediata del daño, es decir, sólo se tendrá en consideración como causa del evento la que haya sido causa directa e inmediata del daño.

Esta teoría fue consagrada por la doctrina francesa, y propugnada por la doctrina y jurisprudencia inglesas, ejerciendo gran influencia en los primeros años de nuestro siglo; en la actualidad ha sido abandonada por la doctrina, al no tener en cuenta el verdadero nexo de causalidad, y porque en la apreciación que se hace de éste se producen a veces resultados sorprendentes.

Es recogida aisladamente por nuestro Tribunal Supremo, y referida a la materia del incumplimiento de las obligaciones, por ejemplo en Sentencias de 7 de marzo de 1902 y 21 de marzo de 1950.

- B) **Otra de las teorías es la llamada conditio sine qua non**, que considera relevantes a todos los hechos determinantes del evento que están relacionados de un modo necesario con su realización; bastará la presencia de uno de ellos para que pueda demostrarse la existencia de un nexo causal.

Ha gozado de gran importancia en materia de obligaciones, encontrando su base en la redacción del artículo 1.107 del Código Civil, el cual, al referirse a los daños de los que debe responder el deudor, señala que cuando sean varios los hechos o circunstancias que concurren a la producción de los mismos, tendrá la consideración de causa del daño (*conditio sine qua non*) aquel del cual el daño se deriva como «consecuencia necesaria».

Teoría recogida ampliamente en la doctrina del Tribunal Supremo en Sentencias de 16 de junio de 1905; 23 de diciembre de 1905; 5 de abril de 1913; 20 de abril de 1915; 29 de mayo de 1915; en contra de este criterio las Sentencias de 28 de enero de 1919; 15 de febrero de 1924; 10 de octubre de 1930; 23 de octubre de 1930.

- C) Por último, **la teoría actualmente dominante es la de la causalidad adecuada**, que tiende a destacar entre las causas determinantes del siniestro la más idónea para producirlo, será causa adecuada aquella que necesariamente produce el evento.

Esta posición es aceptada por la mayoría de la doctrina en el Derecho comparado, y es seguida también en nuestra jurisprudencia (SSTS de 22 de octubre de 1948, 30 de enero de 1954 y 15 de abril de 1964), y por la más autorizada doctrina de Derecho de Seguros como GARRIGUES, URÍA, etc.

Más recientemente la doctrina del Tribunal Supremo la desarrolla en los siguientes términos:

- «Se alega que la Sala sentenciadora ha obviado la aplicación exigible del principio de causalidad eficiente, porque si ciertamente, como consecuencia de la equivalencia de condiciones según la cual se reputa causa toda condición que ha contribuido al resultado de forma que éste no se hubiera producido si la condición no se hubiese dado (*conditio sine qua non*), y la de la causalidad adecuada, que exige la determinación de si la conducta del autor del acto, concretamente la conducta generadora del daño, es generalmente apropiada para producir un resultado de la clase dado, de tal manera que si la apreciación es afirmativa, cabe estimar la existencia de un nexo causal que da paso a la exigencia de responsabilidad, así como que la orientación jurisprudencial viene progresiva y reiteradamente decantándose por la aceptación de la teoría de la causalidad adecuada, consecuencia de la expresión de una necesaria conexión entre un antecedente (causa) y una consecuencia (efecto)». SSTS 24 de octubre de 1991 P.: Sr. Fernández Rodríguez (Ar. 7863, 7864 y 7865); 21 octubre 1991, P.: Sr. D. Burgos Pérez de Andrade (Ar. 7889, 7880 y 7881); 28 octubre 1991, P.: Sr. Fernández Rodríguez (Ar. 7872, 7873 y 7874); 8 noviembre 1991, P.: Sr. Santos Briz (Ar. 8149, 8150 y 8151); 11 noviembre 1991, (Ar. 8722, 8723 y 8724); 5 diciembre 1991, P.: Sr. D. Fernández Rodríguez (Ar. 8919); 21 diciembre 1991, P.: Sr. Fernández Rodríguez (Ar. 9690, 9691); 21 diciembre 1991, P.: Sr. Albacar López; 31 enero 1992 y 3 abril 1992.
- «La teoría dominante en la jurisprudencia es la denominada "de la causalidad adecuada" que tiende a destacar entre las causas determinantes del siniestro la más idónea para producirlo; será causa adecuada aquella que necesariamente produce el evento». STS de 6 de febrero de 1995.
- «La baja en la profesión es causa del cese en la cobertura de la póliza, pero en modo alguno priva del derecho al capital asegurado cuando el siniestro (enfermedad incapacitadora) se produce durante la vigencia del contrato». STS de 29 de septiembre de 1998.

III. PUNTO DE PARTIDA DEL SEGURO DE ACCIDENTE DE COLECTIVOS

Es constante la doctrina legal, emanada del Tribunal Supremo, expresiva de que, sin perjuicio de su naturaleza mercantil (o de cualquier otra índole), en cuanto el contrato de seguro incide en las relaciones de trabajo, ya sea por contrato individual, por convenio colectivo o por voluntaria deci-

sión del empresario, ha de ser conceptuado como mejora voluntaria de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social, afectado por la normativa reguladora de estas mejoras previstas y normadas en los artículos 21 y 181, 182 y 183.1 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1974, y en sus homólogos, artículos 39, 191, 192, 193 y 194 del vigente Texto Refundido de 1994. (SSTS de 20 de septiembre y 25 de octubre de 1982, RJ 5049 y 6243; 15 de julio y 14 y 21 de diciembre de 1983, RJ 3798, 6205 y 6243; 4 y 8 de junio de 1984, RJ 3273 y 3305; 12 de junio y 8 de julio de 1986, RJ 3537 y 3995; 2 y 14 de abril y 22 de septiembre de 1987, RJ 2321, 2760 y 6266; 10 de febrero y 10 de abril de 1989, RJ 725 y 2953, etc.).

IV. NOTAS BÁSICAS DEL CONTRATO DE SEGURO DE ACCIDENTES LABORALES SEGÚN LA JURISPRUDENCIA SOCIAL

1. Definición de accidente y su equiparación con la enfermedad profesional dentro de la jurisdicción social.

Empezaremos por determinar qué entiende la jurisprudencia social por accidente asegurado. Por un lado, tenemos la Ley de Contrato de Seguro, Ley 50/1980, de 8 de octubre, que en su artículo 100 nos dice que accidente es la lesión corporal, que deriva de una causa violenta y externa, y que produce invalidez temporal o permanente o muerte, y por otro, que la definición a tener en cuenta en los seguros de accidentes laborales para caso de accidente es la que contiene la Ley General de Seguridad Social, STS de 25 de enero de 1991. (Ar. 178):

«la expresión accidente laboral o accidente de trabajo, cuando se emplea en los convenios colectivos, sin otra especificación, para referirse a contingencias protegidas por la Seguridad Social, es una expresión que abarca los conceptos legales de accidente de trabajo y enfermedad profesional consagrados en los artículos 84 y 85 de la Ley de Seguridad Social, pues ellos, junto a su origen común, tienen una misma razón de ser y su protección legal prácticamente homogénea, sin que la mera denominación encuentre motivo alguno para diferenciar las enfermedades profesionales del artículo 84 e) comprendidas en el concepto legal de accidentes de trabajo de las enfermedades profesionales del artículo 85 excluidas del mismo. Criterio este que viene avalado por una continuidad doctrinal de la Sala expresada en las sentencias de 12 de marzo y 19 de mayo de 1986 (R. 1309 y 2578) y 19 de febrero de 1990 (R. 1115).»

Equiparación entre accidente de trabajo y enfermedad profesional que lleva al Tribunal a entender que enfermedades como el asma o el infarto de miocardio están comprendidas dentro de la cobertura de la póliza, siempre y cuando no se establezca expresamente lo contrario, teniendo una vez más una dualidad de órdenes jurisdiccionales a aplicar a una póliza de seguro; así, si comparamos las sentencias de la jurisdicción civil y la social tenemos que la jurisdicción civil siempre toma para

determinar el hecho causante la teoría de la casualidad adecuada, tal y como hemos visto. Por ejemplo, tenemos la STS Sala de lo Civil, de 29 de septiembre de 1998, en la que el asegurado cesa en su actividad al serle retirada la licencia de vuelo debido a diagnosticarle cáncer en un reconocimiento médico, el Alto tribunal declara:

«La baja en la profesión es causa del cese en la cobertura de la póliza, pero en modo alguno priva del derecho al capital asegurado cuando el siniestro (enfermedad incapacitadora) se produce durante la vigencia del contrato como expresamente declara la condición general séptima.

Que comunicara su enfermedad y deseo de causar baja en el sindicato puede permitir discutir desde cuándo produce efectos esa declaración de voluntad, si al emitirla o cuando el sindicato la acuerda, pero lo que no puede impedir esta determinación de la fecha de baja, que el asegurado deje de percibir el capital asegurado si la enfermedad se ha producido durante la vigencia del contrato y ese hecho no discutido hay que darlo por evidente dadas las características de la enfermedad, carcinoma cuyo diagnóstico se efectuó en fecha 1 de julio de 1992».

2. Interpretación del contrato de seguro de convenios colectivos.

Los contratos de seguros de convenios colectivos, a pesar de estar incardinados dentro de los seguros de accidentes, la jurisprudencia del Tribunal Supremo los interpreta, como ya hemos señalado, como si se tratase de seguros de caución en los que se aseguraría no el accidente, sino la deuda contraída por el empresario en el supuesto de que se diese una invalidez, en el grado determinado en el convenio colectivo. Tal afirmación la hacemos en base a la ya referida sentencia de fecha 28 de enero de 1997, que establece: «Las mejoras aquí enjuiciadas no vienen establecidas por la "contingencia" accidente, sino para sus consecuencias, y ahora en concreto para la "invalidez permanente", que pudo seguir, o no, aquella contingencia de la que trae causa».

3. Hecho causante.

A) Doctrina actual del Tribunal Supremo.

La línea jurisprudencial que ha venido defendiendo el Tribunal Supremo se basa en declarar el momento del hecho causante de la indemnización, así como la fecha determinante del convenio colectivo aplicable para fijar la cuantía de la indemnización y su cobertura, en su caso, por la póliza suscrita, fecha que ha de coincidir con la de los efectos de la declaración de invalidez por la UVMI, mediante resolución administrativa firme dictada por el órgano competente; puesto que «conocer el hecho del accidente no es conocer el efecto determinante de la indemnización, por la sencilla

razón de que todavía no ha ocurrido, y que entre los dos extremos entre los que gira el contrato de seguro en general, es decir, los de imposibilidad de que el evento se pueda producir y la certeza de que se haya producido, el grado de probabilidad podrá variar y ser superior cuando ocurrió el accidente, pero se mantiene dentro del amplio espectro de graduaciones que el contrato admite». (STS de 17 de junio de 1982, RJ 1982, 4037).

Sentencia de 28 de enero de 1997, Ponente: Sr. Marín Correa (Ar. 908), Recurso de Casación para la Unificación de la Doctrina, en su Fundamento de Derecho séptimo dice: «Sobre tal realidad, esta Sala hubo de establecer la doctrina aplicable, y lo hizo mediante las Sentencias de 20 de abril de 1994 (RJ 1994, 3265), dictadas por el pleno de sus Magistrados, en que se refiere a la realidad a enjuiciar y a la necesaria seguridad jurídica, y se concluye que es el día de establecimiento de la invalidez, cuya protección se mejora, la fecha a atender para fijar las consecuencias jurídicas de la situación».

La Sentencia de 20 de abril de 1994, Ponente: Sr. Desdentado Bonete dice: «por fijar el hecho causante de la invalidez permanente, en defecto de especificación en el acto o norma de implantación de prestaciones complementarias de Seguridad Social, en la fecha de la declaración de invalidez en el ámbito de la Seguridad Social básica (fecha del dictamen de la unidad de valoración médica o de la configuración de lesiones como permanentes e invalidantes)... Éste es el criterio que debe prevalecer, con carácter general para las responsabilidades derivadas de mejoras voluntarias de prestaciones de invalidez permanente».

B) Supuestos excepcionales: retrotraer el hecho causante al momento del accidente.

En algunos supuestos el Tribunal ha entendido que era necesario retrotraer el momento del hecho causante al momento de producirse el accidente, declarando:

- STS de 10 de junio de 1985. Ponente: Sr. Ruiz Vadillo. (Ar. 3373): «Los hechos cubiertos en el contrato de seguro acaecidos durante su vigencia, aunque declarados después, entran, sin duda, en el ámbito de contingencias aseguradas pues en otro caso se rompería el necesario equilibrio económico de las prestaciones contractuales, pues el asegurador, habiendo recibido las primas correspondientes a los riesgos posibles, esto, es a las inciertas contingencias determinantes de las oportunas indemnizaciones, dejaría de satisfacer éstas a pesar de haberse producido el siniestro durante la vigencia de los aseguramientos, cual ha ocurrido en este caso, no darían lugar a indemnización si los afectados por una u otra razón, incluidos los llamados despidos procedentes, eran subsiguientemente bajas en la plantilla de la empresa y no generarían por tanto derecho a la indemnización, lo que ha de rechazarse por ser contrario a derecho».
- STS de 27 de junio de 1985. Ponente: Sr. Juan García-Murga Vázquez. (Ar. 3485): «No es ocioso puntualizar, para clarificar sus temas de fondo, lo que sigue: a) cierto es que las sentencias de esta Sala de 18 de julio de 1981, 30 de marzo de 1982 y 26 de enero de 1983,

parecen apoyar las tesis de la recurrente; b) las otras que ésta invoca, de 17 de junio y 9 de julio de 1982, 16 de julio de 1983 y 19 de enero de 1984, por sí mismas no son decisivas, puesto que lo que precisan, tan sólo, es que al ser el riesgo asegurado la muerte o la invalidez permanente es preciso que estos eventos se hayan producido, lo que en la fecha de ocurrencia del hecho causante (accidente o inicio de la enfermedad) no sucede, por lo que tal fecha, *per se* nunca es operante; c) lo declarado por las tres sentencias que se recogen en el apartado o inciso a) no puede invocarse como doctrina de la Sala, porque ésta, con posterioridad, ha dictado otras que la precisan y rectifican, cuales son las de 20 de marzo, 12 de abril, 27 de septiembre y 20 de noviembre, todas de 1984 (R. 1586, 2083, 4491 y 5871), y la muy reciente de 10 de junio de 1985 (R. 3373), que a aquéllas hace genérica referencia; de las que resulta inequívocamente que los efectos retroactivos de la declaración de incapacidad hacen operativa la fecha a que éstos quedan referidos».

- En el mismo sentido la STS de 21 de mayo de 1990. Ponente: Sr. Lorca García.(Ar. 4484); y de 10 de junio de 1990. (Ar. 5046): «Son notas básicas del contrato de seguro la onerosidad, en cuanto que la obligación de pagar la prima se corresponde como equivalente a la asunción de la obligación de pagar la indemnización o capital convenido; y la aleatoriedad, en cuanto incertidumbre de cada contrato aisladamente considerado, aunque no del conjunto cuando de seguro de grupo se trata, teniendo en cuenta los correspondientes cálculos actuariales, de tal manera que el riesgo que el asegurador corre está en proporción de las primas que recibe y éstas, a su vez, en función de lo que la doctrina científica denomina intensidad del riesgo, de tal manera que, en virtud de cuanto antecede, los hechos cubiertos en el contrato de seguro acaecidos durante su vigencia, aunque declarados después, entran en el ámbito de contingencias aseguradas, pues de otra forma se rompería el necesario equilibrio económico de las prestaciones contractuales, pues el asegurador, habiendo recibido las primas correspondientes a los riesgos posibles, esto es, a las inciertas contingencias determinantes de las oportunas indemnizaciones, debería abonarlas a pesar de haberse producido el siniestro durante la vida del seguro, por la sola circunstancia, como sucede en el caso enjuiciado, de que la declaración en vía administrativa –pudo serlo igualmente en la judicial– de la invalidez total del asegurado tuvo lugar con efectos de más de un año después de haberse producido el accidente».

C) Hecho causante y la objetivación de las lesiones.

La propia doctrina legal se cuida de establecer como correctivo a la consideración del hecho causante el momento de declaración de invalidez permanente por la unidad de valoración médica de la Seguridad Social, que en algunos supuestos, antes de su oficial reconocimiento o dictamen médico, la invalidez existe ya de forma efectiva y con notorio carácter permanente, a causa de las características y circunstancias de la lesión o pérdida anatómica o fisiológica.

El propio Tribunal Supremo en doctrina unificadora ha establecido en Sentencia de 21 de enero de 1993 (RJ 1993, 106) que: «si bien la regla general es que la producción del hecho causante de la invalidez permanente se identifica con la fecha del dictamen de la Unidad de Valoración Médica de

Incapacidades, ello no es aplicable cuando las limitaciones orgánico-funcionales que padece el trabajador han quedado fijadas con anterioridad a aquella fecha con el carácter de irreversibles y dotadas de efectos invalidantes».

Y en Sentencia de 3 de diciembre de 1991 (RJ 1991, 9037) en la que se establece en igual sentido: «como excepción a la regla general que vincula el hecho causante de la invalidez permanente a la emisión del dictamen de la UVMI, ha de considerarse causada dicha invalidez cuando, con anterioridad a dicho dictamen, se acredite que las dolencias padecidas por el trabajador han quedado fijadas con el carácter de irreversibles y dotadas de efectos invalidantes».

D) La doctrina más reciente del Tribunal Supremo da una vuelta a la primera doctrina de los años ochenta en la que se consideraba como momento del hecho causante la del momento del accidente, no sabemos si volverá a cambiar, pero a partir de la Sentencia de 1 de febrero de 2000, el Alto Tribunal varía de manera radical la consideración que había mantenido en los últimos años de considerar el momento del hecho causante el de la declaración de la UVMI, así declara:

- **STS de 1 de febrero de 2000 por la que el Alto Tribunal cambia la doctrina sustentada hasta ahora sobre el hecho causante:** «Esta doctrina debe ser revisada en atención a las razones que se exponen a continuación. En primer lugar, desde la perspectiva mercantil, los seguros se establecen como cobertura del riesgo de accidente, aunque el daño indemnizado se refiera a determinadas secuelas derivadas del mismo (incapacidad temporal, incapacidad permanente o muerte). Esto queda claro en el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro: el riesgo asegurado es el accidente –la lesión corporal– que se manifiesta en unas secuelas de invalidez temporal o permanente y muerte. Estas secuelas ya no son el riesgo, sino los efectos de su actualización, como se advierte en el artículo 104 de la citada Ley. Por ello, lo decisivo es que cuando ocurre un accidente la póliza que asegura este riesgo esté vigente. Si es así, se aplicará la cobertura, aunque la determinación de la invalidez a partir de la presentación del certificado médico de incapacidad se haya producido con posterioridad y la póliza ya no esté vigente. Lo importante es la relación de causalidad entre el accidente y sus secuelas; no la fecha en que se manifiesten éstas, ni mucho menos la de su constatación administrativa o médica. La cobertura se establece en función del riesgo asegurado, aunque proteja el daño indemnizable derivado de éste, que puede manifestarse con posterioridad al siniestro. Así lo afirma la jurisprudencia civil que distingue claramente entre el accidente, como riesgo asegurado, y el daño derivado del mismo: *la declaración de la invalidez, lejos de significar el hecho de la causación del daño o del siniestro, es meramente una formalidad administrativa determinante, entre otras, de las consecuencias económicas en diversos aspectos del accidente, pero en modo alguno puede identificarse con éste* (sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 17 de junio de 1993; en el mismo sentido, sentencia de 6 de febrero de 1995). Otra solución sería además imposible de articular, pues conforme a los artículos 1 y 4 de la Ley de Contrato de Seguro el contrato de seguro es nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. Lo que quiere decir

que si el accidente se ha producido en una determinada fecha, no podrá asegurarse su cobertura con posterioridad a la misma, aunque una determinada secuela (la incapacidad permanente o la muerte) se manifieste o se constate administrativamente después. Es cierto que en determinados supuestos puede existir un margen de aleatoriedad en la conversión de la lesión producida por el accidente en un efecto invalidante o en la muerte.

Pero, aparte de que en la mayoría de los casos, esos efectos suelen ser previsibles de acuerdo con los estándares generales, se trata de un supuesto anormal que habría de pactarse así con el lógico incremento de la prima.

Sucede lo mismo en materia de Seguridad Social, donde la protección se otorga por la entidad gestora o colaboradora que tuviera establecida la cobertura en el momento del accidente. Ésta es la que responde de todas las consecuencias del accidente (art. 126.1 de la Ley General de la Seguridad Social en relación con los arts. 5 y 6 de la Orden Ministerial 13 de febrero de 1967, 25 de la Orden Ministerial 15 de abril de 1969 y 30 y 31 de la Orden Ministerial 13 de febrero de 1967), aunque se manifiesten con posterioridad. Por otra parte, basta que el trabajador esté en alta en el momento del accidente para que acceda a la protección, aunque no lo esté en el momento posterior de manifestarse la secuela correspondiente; supuesto muy frecuente con la antigua invalidez provisional y que hoy puede producirse también por el artículo 131.bis.2 de la Ley General de la Seguridad Social. Así se desprende de lo dispuesto en los artículos 124.1 de la Ley General de la Seguridad Social, 3 de la Orden Ministerial de 13 de octubre de 1967, 19 de la Orden Ministerial de 15 de abril de 1969 y 2.1 de la Orden Ministerial de 13 de febrero de 1967, aunque en ocasiones la confusión entre contingencia determinante y hecho causante pueda oscurecer esa distinción.

SEXTO. La solución contraria lleva además a consecuencias prácticas inconvenientes, que se han manifestado con claridad en la experiencia anterior y que han de tenerse en cuenta en una interpretación sensible a la realidad social (art. 3 del Código Civil): dificultad de protección de los accidentes de los trabajadores temporales cuando la extinción del contrato de trabajo se produce antes de la constatación de la incapacidad permanente o de la producción de la muerte, imposibilidad o extrema dificultad de las empresas para suscribir pólizas cuando ya se ha actualizado el riesgo y es previsible el daño derivado del mismo, facilitación de conductas estratégicas o incluso fraudulentas cuando la cobertura depende de un hecho o una actuación posterior a la producción de la contingencia determinante».

- **STS de 21 de septiembre de 2000:** «Esta Sala mantuvo durante años y de forma reiterada el criterio de que, en relación a la protección del riesgo derivado de accidente laboral, la fecha decisiva a los efectos de tal protección era la fecha en que se había producido el hecho causante de la prestación de que se tratase, no la fecha en que el siniestro se había producido. Sobre todo, esta doctrina se aplicó a supuestos de mejoras voluntarias de la Seguridad Social; y así la sentencia de 12 de junio de 1997 precisó que *a falta de indicación en contrario en la configuración de la mejora voluntaria de la situación de invalidez, el hecho causante de la misma coincide con la fecha de la declaración de invalidez que da lugar a la prestación de la Seguridad Social básica*. Se recuerda que esta línea jurisprudencial

dencial se inició con las sentencias de 26 de noviembre de 1991 y 22 de abril de 1993, se asentó con la sentencia de 20 de abril de 1994, dictada por el Pleno de la Sala constituida de acuerdo con el artículo 197 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, y fue luego seguida por las de 22 de abril y 25 de mayo de 1994, 23 de octubre de 1995, 22 de julio de 1996, 28 de enero y 12 de junio de 1997, 18 de marzo de 1998 y 20 de enero de 1999, entre otras muchas. Sin embargo, en fechas recientes, la Sala ha modificado este criterio en su sentencia de 1 de febrero del 2000, también aprobada por el Pleno de tal Sala, y después en las de 7 de febrero, 21 de marzo, 23 de marzo, 27 de marzo, 3 de abril y 10 de abril del año en curso. En la citada sentencia de 1 de febrero del 2000 se manifiesta: *La noción de hecho causante que utiliza, de manera imprecisa, la legislación de Seguridad Social, no resulta aplicable a estos efectos, porque esa noción, que, como ha señalado la doctrina de esta Sala (sentencias de 31 y 11 de diciembre de 1991, 7 de julio de 1992, 1 de marzo de 1993 y 18 de julio de 1994, entre otras), puede ser aplicable para determinar el momento en que ha de entenderse causada la prestación a efectos de derecho transitorio o para fijar el nacimiento de una situación protegida en aquellos casos en que los distintos efectos de la lesión constitutiva del accidente se despliegan de forma sucesiva (incapacidad temporal e incapacidad permanente o muerte), no lo es para determinar la entidad responsable de las secuelas que derivan del accidente de trabajo. En este caso ha de estarse a la fecha del accidente, porque éste es el riesgo asegurado, y lo mismo sucede en relación con el reaseguro, pues si éste existía en la fecha del accidente con un determinado contenido, que incluía las indemnizaciones a tanto alzado por incapacidad permanente parcial, la entidad que asume el reaseguro debe cubrir por este concepto, frente a la reasegurada, todas las consecuencias que se derivan del accidente, con independencia de que para los accidentes posteriores a la fecha de entrada en vigor del Real Decreto 1993/1995 (el 1 de enero de 1996) se excluya esa cobertura en lo que al reaseguro se refiere. Ésta es además la solución que ha dado de forma expresa el Derecho de la Seguridad Social cuando se ha enfrentado a este problema. Así el número 3 de la disposición transitoria 5.ª de la Ley Articulada de la Seguridad Social de 21 de abril de 1966, y luego el número 2 de la disposición transitoria 6.ª de la Ley General de la Seguridad Social de 30 de mayo de 1974 establecieron que los contratos de seguros del ramo de accidentes extinguidos por el cese de las aseguradoras a partir de 30 de abril de 1966 continuarían produciendo efectos por los accidentes ocurridos hasta la expresada fecha. Es la producción del accidente la que determina la aseguradora responsable, aunque el efecto dañoso (la incapacidad o la muerte) aparezca con posterioridad.* Es cierto que todas las sentencias que se acaban de citar en el párrafo inmediato anterior, resolvieron unos asuntos relativos a la determinación de responsabilidades en el ámbito del reaseguro de accidentes de trabajo como consecuencia de las modificaciones establecidas al respecto por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, no tratando las mismas de forma específica de mejoras voluntarias de la Seguridad Social. Sin embargo y a pesar de ello, la comentada sentencia de 1 de febrero del 2000 es plenamente consciente de que el criterio innovador que en ella se adopta, se aparta de la doctrina anterior de la Sala (referida sobre todo a la problemática de las mejoras voluntarias de la Seguridad Social) y así lo declara de forma explícita en su cuarto y quinto fundamento de derecho, manifestando al comienzo de este quinto fundamento que esa doctrina precedente *debe ser revisada en atención a las razones que en él se exponen*».

- **STS de 26 de abril de 2001:** «El tenor del precepto en litigio no permite dudas sobre que la fecha del hecho causante de la mejora voluntaria de Seguridad Social para el supuesto de lesión que impide la práctica del fútbol profesional es la del "suceso" que determinó el daño físico y no la de la declaración de invalidez por apreciarse secuelas invalidantes previsiblemente irreversibles o definitivas. Siendo ello así, y debiendo regirse las mejoras voluntarias, de acuerdo con el artículo 192 de la Ley General de la Seguridad Social y doctrina constante de esta Sala de lo Social del Tribunal Supremo, por el acto de constitución de dichas mejoras voluntarias, se ha de llegar a la conclusión de que la fecha del hecho causante de la indemnización es la del lance del juego que produjo la lesión, y no la de la declaración de la invalidez derivada de la misma.

A lo anterior debe añadirse, como recuerda también el informe del Ministerio Público, que la más reciente doctrina de esta Sala de lo Social del Tribunal Supremo (STS 1-2-2000 y varias más posteriores) considera que, incluso en el supuesto (que no es el del caso) en que no estuviera especificada la fecha del hecho causante de una mejora voluntaria de Seguridad Social derivada de accidente de trabajo, ha de tenerse en cuenta la de producción del siniestro y no la de la declaración de invalidez por las secuelas irreversibles de las lesiones que aquél produjo».

E) Objetivación de las lesiones y cláusula de revisión por mejoría:

- **STS de 28 de diciembre de 2000:** «... habremos de concluir que el carácter "irreversible" de la situación que dicho precepto apartado contempla no puede estimarse producida en aquellos casos en los que la entidad gestora estima probable que en un futuro próximo se va a producir una revisión por mejoría. En efecto, ya no estamos ante el supuesto general del artículo 143 de la LGSS en el que, aun cuando pueda producirse la revisión por mejoría, ésta no es probable y por lo tanto nada impide estimar que la situación es irreversible de conformidad con la razón de ser de la declaración de invalidez contemplada en el artículo 134.1 de la LGSS (exigente de "reducciones anatómicas o funcionales graves...previsiblemente definitivas"), sino ante una previsión legal específica que, como excepción a la regla, ha previsto que aun estando afectado el trabajador por unas afecciones "previsiblemente definitivas", sin embargo, es probable que las supere, desaparezcan o se reduzcan en dos años y le permitan volver a trabajar.

El artículo 48.2 del ET constituye una disposición aparentemente contradictoria con la normativa de la Seguridad Social, pero, a los efectos que aquí nos ocupan, no cabe duda que tiene su especial trascendencia por cuanto no permite considerar "irreversible" una incapacidad permanente declarada, como en nuestro caso ocurrió, con la específica advertencia de que "se prevé que la situación de incapacidad vaya a ser objeto de revisión por mejoría, que permita la reincorporación al puesto de trabajo antes de dos años". Y, por ello, lo mismo que en términos laborales esa apreciación no faculta al empresario para declarar la ruptura de la relación laboral en espera de esa posibilidad de reincorporación a su trabajo por parte del trabajador, por la misma razón hay que entender que aquella incapacidad declarada no es "irreversible".

Se trata, por lo demás, de una situación de espera transitoria en tanto en cuanto, si esa revisión por mejoría prevista no se ha producido en aquel plazo máximo de los dos años previsto en el artículo 48.2 del ET quedará abierta para el trabajador la posibilidad de reclamar la indemnización, y la consiguiente obligación de abonarla para la entidad aseguradora, pues a partir de entonces la incapacidad declarada ya tendrá la condición de irreversible. Si la mejoría que permita la incorporación del trabajador a su puesto de trabajo se ha producido se habrá demostrado que realmente no estábamos en presencia de una situación irreversible de las que daban derecho a la indemnización pactada».

4. Sucesión de Compañías aseguradoras.

La más reciente doctrina de la Sala sobre identificación de la entidad de seguros privados responsable en caso de sucesión de varias, se ha inclinado preferentemente por fijar el hecho causante de la invalidez permanente, en defecto de especificación en el acto o norma de implantación de prestaciones complementarias de Seguridad Social, en la fecha de la declaración de invalidez en el ámbito de la Seguridad Social básica (fecha del dictamen de la unidad de valoración médica o de la configuración de lesiones como permanentes o invalidantes). Así la Sentencia de 26 de noviembre de 1991, con cita de otras anteriores, establece, al efecto de identificar la entidad aseguradora privada, que en principio «rige el mismo criterio para determinar el hecho causante en las prestaciones mínimas y en las mejoras voluntarias», y la Sentencia de 22 de abril de 1993 añade que esta solución «no rompe en un seguro de grupo la aleatoriedad de las operaciones aseguradoras exigidas en los artículos 1 y 4 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre», porque una cosa es la aparición del agente lesivo o nocivo y otra distinta es la objetivación de la lesión o dolencia como invalidante de forma definitiva o irreversible.

5. Jurisdicción y competencia de los Juzgados de lo Social.

El orden jurisdiccional social es el competente para conocer de este pleito según lo establecido en el artículo 2 c) del RDL 2/1995, de 7 de abril, texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, que establece: «En la aplicación de los sistemas de mejoras de la acción protectora de la Seguridad Social, incluidos los planes de pensiones y contratos de seguro siempre que su causa derive de un contrato de trabajo o convenio colectivo».

El artículo 24 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, dice: «Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario».

Dualidad de jurisdicciones que la jurisprudencia del Tribunal Supremo aclara en los siguientes términos:

- «Cuestiona el Letrado del Estado la competencia de este orden jurisdiccional para conocer de la demanda deducida por el actor, argumentando en el desarrollo del motivo que el artículo 24 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, atribuye el conocimiento de las cuestiones que se susciten en relación con el contrato de seguro a los tribunales de orden civil y que esta conclusión no se altera por lo dispuesto en el artículo 182 de la Ley General de la Seguridad Social sobre las mejoras voluntarias de la acción protectora, ya que este precepto no contiene ninguna norma sobre la competencia del orden jurisdiccional social. El motivo ha de desestimarse porque, según una reiterada doctrina de esta Sala, contenida entre otras en las sentencias de 25 de octubre de 1982, 4 y 8 de junio de 1984, 18 de junio de 1985 y 11 de febrero de 1986, los seguros concertados por las empresas a favor de los trabajadores para completar o incrementar la cobertura de determinadas contingencias protegidas por la seguridad social tienen la naturaleza de mejoras voluntarias de ésta, sin que la modalidad de gestión empleada –expresamente prevista en el artículo 183 de la Ley General de la Seguridad Social– altere la distribución del conocimiento de la controversia de la Magistratura de Trabajo de conformidad con el artículo 1.4 de la Ley de Procedimiento Laboral» [STS 11 de noviembre de 1986. Ponente: Sr. Desdentado Bonete. (Ar. 6324)].
- «Es de recordar la constante doctrina de esta Sala declarando la competencia en las reclamaciones frente a las compañías de seguros, de derechos surgidos por suscripción de pólizas por parte de las empresas, al considerar que las mismas son complemento o incremento de la cobertura de determinadas contingencias de la Seguridad Social, y gozar en su consecuencia estos complementos o incrementos de la naturaleza de mejoras voluntarias previstas en el artículo 21 de la Ley de la Seguridad Social y reguladas en los artículos 181 y siguientes de la misma Ley y ello con independencia de que la suscripción de la póliza sea debida al cumplimiento de lo acordado en Convenio Colectivo o en el contrato de trabajo individual o sea una mejora graciosamente otorgada por la empresa, pues así lo autoriza tanto el artículo 21 citado como el 181». [STS 10 de abril de 1989. Ponente: Sr. Bris Montes. (Ar. 2953)].

Los Tribunales Superiores de Justicia de las Comunidades Autónomas establecen:

- Es competente para conocer la cuestión litigiosa derivada de póliza de accidente suscrita con carácter de mejora voluntaria con la empresa para sus trabajadores. La Rioja 29-4-1992, R. 848.
- Ídem si la mejora está pactada en Convenio Colectivo. Castilla-La Mancha, 13-10-1992, R. 5289, y Cataluña, 24-11-1992, R. 405.

En cuanto a la competencia, el artículo 6 de la Ley de Procedimiento Laboral que establece: «Los Juzgados de lo Social conocerán en única instancia de todos los procesos atribuidos al orden jurisdiccional social, salvo los mencionados en los artículos 7 y 8 de la presente Ley». Y el artículo 10.2 b) de la Ley anteriormente citada indica: «En los que versen sobre las materias referidas en los párrafos c) y d) del artículo 2, el del domicilio del demandado o el del demandante, a elección de éste, salvo en los procesos entre Mutualidades de Previsión, en los que regirá el fuero de la demandada».

V. ELEMENTOS COMUNES

1. Principio «pro asegurado» y la interpretación favorable al asegurado.

A través de lo que la doctrina jurisprudencial ha denominado principio pro asegurado, se nos permite la interpretación favorable de la póliza de seguros para el asegurado, parte débil en estos contratos, frente a las entidades aseguradoras, que se encuentran en una posición de prevalencia, máxime si, como hemos de tener en cuenta, los contratos de seguros son contratos de adhesión (SSTS de 5 de diciembre de 1983, 16 de febrero de 1983, 12 de julio de 1984, y 20 de julio de 1990, entre otras) puesto que su contenido se limita al impreso que las compañías muestran para la firma a sus clientes, con una limitada autonomía de la voluntad para contratar libremente las cláusulas contractuales. Cláusulas que si bien se pactan en las cláusulas particulares, éstas están claramente limitadas a las que ya previamente tiene establecido el asegurador, siendo nulo el ámbito de libre elección para el asegurado, que solamente puede elegir entre las diversas opciones que le son mostradas por la aseguradora.

Cláusulas en las que al tratarse de las condiciones generales de la póliza, la aseguradora muestra su total prevalencia frente al asegurado, puesto que este último no tiene ninguna opción sobre ellas, sino es la de aceptarlas, pues: «están fijadas de antemano, y casi siempre con un carácter genérico y común para todos los seguros de un determinado ramo o tipo, de tal manera que el convenio está ausente del importante acto prologal representado por la discusión de su objeto y alcance amplio, a fin de poder precisar la verdadera intención de los otorgantes, caso de darse conflictos interpretativos.

De esta manera, las pólizas de seguros se presentan pre-redactadas y salvo los matices y especiales condiciones que puedan insertarse, al asegurado se le reserva una posición más bien pasiva y no de pleno interviniente en su confección vinculante, en cuanto se adhiere y no realmente gestiona, por lo que de esta manera queda obligado a lo que le viene impuesto y que acepta en cuanto firma la póliza. Su voluntad se manifiesta más bien adhesiva que decisiva plena y deliberante. La unilateralidad aflora con predominio a la necesaria bilateralidad que como principio general se consagra en los artículos 1.254 y 1.255 del Código Civil [STS 27 de noviembre de 1991. Ponente: Sr. Villagómez Rodil. (Ar. 8496)].

Situación de prevalencia de las compañías aseguradoras que hace al Tribunal aplicar el principio pro asegurado, al igual que se aplica en el orden laboral el principio pro operario, o en el orden jurisdiccional penal el principio *in dubio pro reo*, siendo este principio una consagración, una vez más, del principio de equidad que los Tribunales habrán de ponderar en la aplicación de las normas, según lo dispuesto en el artículo 3.2 del Código Civil, además de lo dispuesto en el párrafo primero del artículo 3 que permite la aplicación del principio al establecer que las normas se interpretarán según «... la realidad social del tiempo en que han de ser aplicadas, atendiendo fundamentalmente al espíritu y finalidad de aquéllas». Interpretación favorable al asegurado que es acorde con el artículo 51 de la Constitución (art. que es principio informador del ordenamiento jurídico) que establece la obligación de los poderes públicos de garantizar la defensa de consumidores y usuarios.

Interpretación de las pólizas favorable para el asegurado que el Tribunal Supremo declara en los siguientes términos:

- «En los supuestos de duda en materia de interpretación de las pólizas de seguros es doctrina de esta Sala que ha de estarse a la interpretación más favorable para el asegurado –sentencias de 15 de marzo de 1949, 11 de junio de 1966, 23 de octubre de 1980– de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.280 del Código Civil» [STS 12 de mayo de 1983. Ponente: Sr. Fernández Martín-Granizo. (Ar. 2685)].
- «Según doctrina constante de esta Sala las dudas que puedan surgir en la interpretación de las relaciones asegurativas deben ser resueltas aplicando el principio "in dubio pro asegurado"» [STS 18 de julio de 1988. Ponente: Sr. Fernández Martín-Granizo. (Ar. 5725)].

2. Obligatoriedad de la aseguradora de entregar las pólizas.

El artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro establece la obligatoriedad de que el contrato de seguro se formalice por escrito, y que la compañía aseguradora entregue el documento de formalización del mismo o la póliza al tomador del seguro. Para los contratos suscritos por el empresario asegurando a sus trabajadores, el Tribunal Supremo establece que:

«El artículo 5 de la citada Ley del Seguro dispone la entrega por la aseguradora de un ejemplar de la póliza o del documento que se establezca; documento que *para los seguros de grupo, a tenor de la Orden de 24 de enero de 1977 [apartado 10.1.d)] es el certificado individual de seguro.*» [STS 27 de junio de 1985. Ponente: Sr. García-Murga Vázquez. (Ar. 3485)].

Obligatoriedad de entregar las pólizas que es matizada por la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo que en Sentencias de 22 de noviembre de 1985, 23 de junio de 1986, 28 de enero de 1988, 18 de junio de 1988 y 19 de septiembre de 1988, entre otras, admiten la prueba de existencia del contrato de seguro por otros medios, ante la falta de entrega de la póliza por la entidad aseguradora, al entender el Tribunal que la exigencia formal del artículo 5 no integra un supuesto de forma *ad solemnitaten* o *ad sustantiam*.

3. La Ley de Consumidores y Usuarios.

«La Ley tiene un carácter imperativo, pero trata de proteger al asegurado como parte más débil, declarando la validez de las cláusulas que le sean más beneficiosas; si la cláusula es oscura como ocurre en la que nos ocupa, nunca puede ser lesiva para el asegurado; e incluso la Ley del Consumidor, que citamos como criterio interpretativo, sólo concede prevalencia de las cláusulas particulares sobre las generales si resultan más beneficiosas para él». [STS de 3 de febrero de 1989. Ponente: Sr. Fernández-Cid de Temes. (Ar. 659)].

Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (Ley 26/1984, de 19 de julio), que es perfectamente resumida por la sentencia anteriormente citada, pues el artículo 10 de la LGDCU, en su apartado 2, define las condiciones generales como «las redactadas previa y unilateralmente por una empresa o grupo de empresas para aplicarlas a todos los contratos que aquélla o éste celebren, y cuya aplicación no puede evitar el consumidor o usuario siempre que quiera obtener el bien o servicio de que se trate», contratos de condiciones generales en los que son típicos los contratos de seguro, en cualquiera de sus clases.

Partiendo de esta noción de condiciones generales, se dispone, conforme al principio *in dubio contra stipulatorem*, recogido en el artículo 1.288 del Código Civil, que las «dudas de interpretación se resolverán en contra de quien las haya redactado», artículo 10.2, párrafo 2.º; y, se consagra legislativamente el principio de que las cláusulas particulares deben prevalecer sobre las condiciones generales, siempre que aquéllas sean más beneficiosas que éstas.

Otro de los requisitos de las condiciones generales marcado por el artículo 10.1 c) es que estén presididas por la buena fe y justo equilibrio de las contraprestaciones; lo que entronca directamente, por una parte, con el artículo 57 del Código de Comercio (y el art. 1.258 del Código Civil) y, de otro lado, con el rechazo de toda prestación que, por exorbitante, pugne con la base del negocio y destruya la reciprocidad causal y objetiva del contrato.

Esta exigencia de «buena fe y justo equilibrio contractual» impide que se puedan incluir en las condiciones generales una serie de cláusulas o estipulaciones que, a juicio del legislador, no cumplen tal requisito. Estas cláusulas o estipulaciones son las que aparecen relacionadas no exhaustivamente, bajo los números 1 al 12 del artículo 10.1 c) de la Ley.

Parecería obvio que la Ley de Seguro estuviese incardinada con la Ley de Consumidores y Usuarios, puesto que la primera tiene al igual que la segunda la finalidad de defender los intereses de los consumidores (art. 1 de la Ley del Seguro Privado).

VI. CONCLUSIÓN

Hay que establecer que el contrato de seguro de los convenios colectivos es calificado por la jurisprudencia del Tribunal Supremo como una mejora voluntaria del sistema de la Seguridad Social [Sentencias de 13 de febrero de 1991. Ponente: Sr. Fuentes López. (Ar. 833)]. Además, las obligaciones de las empresas, como las de las compañías aseguradoras subrogadas en tales obligaciones, no nacen del simple hecho del accidente en sí, sino de la invalidez permanente o muerte que éste ocasione, las cuales son las que originan las indemnizaciones pactadas, que es en definitiva el riesgo asegurado, tanto en el convenio colectivo como en el pertinente contrato de seguro, como mejora de las de la Seguridad Social.

Es por ello que considera el Tribunal Supremo en la Sala de lo Social, que no la Sala de lo Civil, que la fecha de la muerte o de la declaración de invalidez permanente –que es cuando se concreta el riesgo asumido– y no la del accidente, la que determina el hecho causante del nacimiento de la obligación y la aplicabilidad del convenio colectivo y pólizas vigentes en ese momento. Y, obviamente, cuando se produce el hecho que concreta el riesgo, asegurado en el convenio colectivo para todos los trabajadores incluidos en su ámbito personal de aplicación, si la cobertura del seguro concertado con una compañía aseguradora no puede entrar en juego o resulta insuficiente, será responsable la empresa empleadora del pago de la indemnización pactada en el convenio colectivo. Ésta es la doctrina que aparece en las últimas Sentencias del Tribunal Supremo ya citadas de 20 de abril de 1994, 28 de enero de 1997, 25 de noviembre de 1991, todas ellas dictadas para unificación de doctrina.

Es decir, que lo verdaderamente asegurado para la Sala de lo Social no es el accidente acaecido al trabajador, sino la obligación para los empresarios que el convenio colectivo establece para los casos de invalidez permanente (total o absoluta según los casos) de concertar un contrato de seguro que cubra la cantidad en ellos establecida. Es decir, estaríamos ante un seguro de daños o de caución (del perjuicio económico que al empleador o empresario le supone la indemnización que tendrá que abonar al trabajador para el caso de muerte o invalidez), ya que tenemos un seguro en el que «la suma asegurada representa el límite máximo de la indemnización a pagar por el asegurador en cada siniestro» (art. 27 LCS), el riesgo es el cumplimiento por parte del empresario de una obligación económica, característica típica de los seguros de caución, tal y como es definido por el artículo 68 de la LCS de 1980, aunque en el seguro de convenios colectivos el empresario no tiene que reembolsar la cantidad asegurada, pero también es cierto que en los seguros de accidentes la indemnización a percibir variará según las secuelas y estará determinada por unas tablas, que no son de aplicación en los seguros de convenios colectivos.

Tenemos un seguro que convive con las dos clases de seguros que en nuestra legislación existen, el de daños y el de personas, tiene elementos de uno y elementos del otro, produciéndose un vacío legal que da lugar a la gran variedad de sentencias doctrinales emanadas del Tribunal Supremo, tanto entre las sentencias de la Sala de lo Social, como también las grandes diferencias que existen entre las diferentes Salas de lo Social y lo Civil, que produce inseguridad jurídica en el administrado además de discriminación, ya que según el orden jurisdiccional al que estemos sujetos nuestra pretensión de cobrar el seguro prosperará o no, si es en la civil, el despido no es determinante para considerar que no estamos asegurados, pues aplicando la teoría de la casualidad adecuada el Tribunal sentenciará a nuestro favor aun cuando estemos despedidos de la empresa, el hecho determinante del riesgo es el accidente y éste será el momento en el que se verá si el seguro estaba vigente y dónde nace la obligación para la aseguradora de indemnizar. Para evitar esta situación de injusticia el TS ha cambiado su valoración y así paliar la diferencia de trato entre trabajadores fijos y eventuales, en este sentido de evitar desigualdades entre los trabajadores se dictó el Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre (BOE 23 de noviembre de 1999) que aprueba el Reglamento sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios, mediante el cual se trata de «proteger los intereses de los trabajadores asalariados y de las personas que ya

han dejado la empresa o el centro de actividad del empresario, en la fecha en que se produce la insolvencia de éste, en lo que se refiere a sus derechos adquiridos o a sus derechos en curso de adquisición, a prestaciones de vejez, incluidas las prestaciones a favor de los supervivientes en virtud de regímenes complementarios de previsión profesionales o interprofesionales que existan» (art. 8 de la Directiva 80/987/CEE).

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO OLEA, Manuel y CASAS BAAMONDE, M.ª Emilia, *Derecho del Trabajo*, Sección de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.
- CASAS BAAMONDE, M.ª Emilia, *Autonomía colectiva y seguridad social*, Ed. Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Hacienda, *Tesis Doctoral: 1975-1976*.
- BLANCO GIRALDO, Fernando Luis, *La Ley del Contrato de Seguro en la doctrina del Tribunal Supremo, 1980-1990*, editorial Dickinson, 1991.
- BARREIRO GONZÁLEZ, Germán; «Mejora voluntaria de la seguridad Social cubierta con póliza de seguro. Incapacidad. Hecho Causante. Problemas que se plantean», Artículo aparecido en el *Repertorio de Jurisprudencia La Ley 1990*, tomo I págs. 230-235.
- VICENT CHULIA, F., *Compendio Crítico de Derecho Mercantil*, 3.ª Edición, Tomo II, Editorial Bosch, Barcelona, 1990.
- GARRIGES, J., «Contrato de Seguro Terrestre», 2.ª Edición, Madrid, 1993.
- JIMENEZ SÁNCHEZ, Guillermo J., (Coordinación), *Derecho Mercantil*, 2.ª edición, Editorial Ariel, S.A., Barcelona, septiembre de 1995.
- SÁNCHEZ CALERO, Fernando, *Instituciones de derecho mercantil*, decimoquinta edición, Editoriales de Derecho Reunidas, Madrid, septiembre de 1991.
- Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi*.
- RUIZ MUÑOZ, Miguel, *La nulidad parcial del contrato y la defensa de los consumidores*, Editorial Lex Nova, SA, Valladolid 1993.
- YANINI BAEZA, Jaime, *Las Mejoras Voluntarias en la Seguridad Social. Régimen del Seguro Colectivo de Seguridad Social*, Editoriales de Derecho Reunidas (EDERSA), 1995.