

Gastos posteriores y futuros al alta médica

Comentario.- Las aseguradoras en la actualidad se están planteando que no tienen obligación de hacerse cargo de los gastos posteriores a la alta médica. No obstante el TS (st. 06/11/2014) (*) establece que debe hacerse cargo de los mismos e incluso de los futuros. Además el Tribunal Supremo ya se ha pronunciado en varios asuntos aceptado las lesiones silentes y futuras después de finiquito e incluso con sentencia firme (TS - Sala 1ª, Civil. St. 23/11/2007).

El problema de las **enfermedades silentes o futuras** puede relacionarse con la obligación que se quiere imponer de someterse al lesionado a los médicos de la aseguradora cuando lo que debería es dejársele vía libre para elegir facultativos y realizar todas las pruebas que ellos estimaran oportunas. Una de los motivos de que el lesionado ignore las lesiones silentes es la falta de medios y la falta de intereses de las aseguradoras por realizar pruebas.

La obligación de lesionado a someterse a seguimiento médico por parte de la aseguradora vulnera derechos constitucionales ().** Más razonable en todos los ámbitos, y también en su alcance jurídico, es que lo que se debe incluir es la obligación de la aseguradora de abonar los gastos médicos en el centro que elija el lesionado, más aún pensando en que la relación del médico paciente hay de apoyarse en la mutua confianza. Y a partir de ahí que asuman la entidad responsable asuma el pago de los gastos. Cumplido tal requisito la aseguradora podría tener acceso a la información médica y como mucho a comentar con los/sus facultativos la evolución.

(**) Artículo 11-9, punto 2: 2, que bajo el entiende como “**deberes recíprocos de colaboración**” que “el lesionado debe prestar, desde la producción del daño, la colaboración necesaria para que los servicios médicos designados por cuenta del eventual responsable lo reconozcan y sigan el curso evolutivo de sus lesiones (Comisión de expertos / grupo de trabajo para la reforma del sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación./ Madrid, julio 2010-junio 2014).

Cada prueba supone unos gastos y en la mayoría de los casos una mayor indemnización, junto a una garantía para el lesionado de establecer cuando antes el remedio mediante tratamiento y rehabilitación a esas patologías que no conoce y que aparece más tarde, una que el lesionado ya haya sido indemnizado.

La cuestión se ve abundada dadas las limitaciones de los centros concertados y la falta de medios de los lesionados que muchas veces no tienen otra salida que plegarse a los caprichos “asistenciales” de las aseguradoras, realidad que toma especial acento en estos tiempos de suma precariedad para tantos ciudadanos de nuestro país.

(*) Sentencia resumida.- TS, Sala Primera, de lo Civil, S de 6 de Noviembre de 2014

Ponente: Arroyo Fiestas, Francisco Javier - N° de Sentencia: 642/2014 - N° de Recurso: 1757/2012. Ref. CJ 155252/2014

La parte recurrente entiende que debieron incluirse, al igual que hizo el Juzgado, los gastos médicos, de medicación y de material fungible, posteriores al alta clínica, en concepto de prótesis, ortopedia funcional y tratamiento farmacológico y fisioterapia. Más concretamente, se trata de nueve productos ortopédicos (zapatos especiales, férula antiequina, silla de ruedas, silla para baño, cama eléctrica, colchón antiescaras, cojín antiescaras, tabla de transferencias y grúa eléctrica), cuatro tipos de asistencia médica (controles médicos, asistencia enfermería para sondajes, fisioterapia de mantenimiento y control psicología y psiquiatría) y, cinco tipos de medicación o material fungible (medicación, colectores de orina, sondas vesicales, antisépticos y material de cura), que precisa el lesionado de forma necesaria, inevitable y durante toda su vida, dadas las circunstancias relacionadas con sus secuelas; y, siendo dichas atenciones sanitarias "absolutamente determinantes para su supervivencia".

... Debemos reflejar que en la redacción del apartado 1.6 del anexo de la Ley de Responsabilidad Civil, vigente en la fecha del siniestro (12 de mayo de 2007), no se excluían expresamente los gastos médico-hospitalarios que se devengasen en el futuro.

En este sentido las sentencias de esta Sala de 22 de noviembre de 2010 (rec. 400/2006), 8 de junio de 2011 (rec. 1067/2007) y 29 de diciembre de 2011 (rec. 1558/2009).

En base a la doctrina jurisprudencial que emana de las sentencias mencionadas, debemos declarar la obligación de hacerse cargo la aseguradora demandada de cuantos gastos médicos, hospitalarios, ortopédicos, farmacéuticos, de rehabilitación o de análoga consideración, se hayan generado a causa del siniestro.

En este caso la acreditación proviene del informe pericial del experto designado judicialmente que los evalúa en 462.436,23.- euros. Esta suma es aceptada por la Sala al no poder considerarla arbitraria o ilógica, de la que se condena a la demandada al pago del 70%, en base a la moderación de la indemnización que provoca la concurrencia de culpas, ya mencionada, por todo lo cual la demandada responderá, por este concepto de 323.705,36.- euros.