

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ066585

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 599/2023, de 24 de abril de 2023

Sala de lo Civil

Rec. n.º 3133/2019

SUMARIO:

Contrato de seguro. Riesgo de incapacidad permanente absoluta. Condiciones particulares y generales de la póliza no entregadas a la asegurada tomadora determinantes del ámbito de cobertura. Se señala que es objeto del seguro "la incapacidad permanente absoluta de la asegurada", sin embargo, no se especifica el ámbito concreto de cobertura de dicho riesgo, al no haber sido entregadas a la demandante las condiciones generales de la póliza, que lo definían contractualmente, lo que dejaba a la asegurada en una situación de incertidumbre sobre el concreto alcance de la cobertura pactada. El juzgado y la audiencia parten, para denegar la cobertura del seguro, de la resolución de la Seguridad Social que, tras considerar a la actora afecta a una incapacidad de tal clase, con posibilidad de mejoría, se dejó aquella sin efecto por otra resolución administrativa ulterior al considerar existente una evolución favorable del cuadro clínico de la actora. Por otra parte, dicha resolución no era firme, al hallarse pendiente de demanda judicial. En definitiva, se condicionó la cobertura del riesgo a la decisión de la Seguridad Social, sin analizar el contenido de la decisión administrativa de revisión y su correlativa argumentación jurídica. Es obvio, que la cobertura no puede depender de su reconocimiento por el asegurador, pues ello supondría la lesión del art. 1256 CC, sino de la efectiva producción del riesgo asegurado. Es evidente, también, que la Seguridad Social le reconoció a la demandante inserta en dicha situación de incapacidad con posibilidad de mejoría. Sin embargo, no resultó que quedara condicionada la prestación de la compañía a la extinción de la relación laboral por incapacidad o al carácter irreversible del cuadro clínico, al no ser susceptibles de oposición las condiciones generales de la póliza, y cuando además las declaraciones de incapacidad absoluta son revisables hasta la jubilación. Reputar el riesgo, de tal forma, mediante el significado de la palabra permanente, fuera de su contexto jurídico, es una interpretación contra el asegurado. La revisión administrativa de la incapacidad por mejoría se fundamenta en el mismo cuadro clínico que determinó, en su momento, la declaración de incapacidad permanente absoluta. Lo que permite concluir que más que una evolución positiva del cuadro clínico determinante de tal declaración se trata de una discrepancia de diagnóstico sobre la efectiva capacidad laboral de la demandante. La sentencia recurrida señala que no son vinculantes las declaraciones de la Seguridad Social, aunque resuelve con fundamento en ellas; por otra parte, la revisión administrativa de la capacidad no era firme. La compañía no aportó prueba pericial alguna tendente a cuestionar el cuadro clínico de la asegurada. Posteriormente, la declaración de mejoría fue dejada sin efecto por sentencia del Juzgado de lo Social, cuya firmeza no consta. En definitiva, la sentencia recurrida llevó a efecto una interpretación contra el asegurado, en tanto en cuanto dio plena validez a las resoluciones de la Seguridad Social, pese a señalar que no eran vinculantes, ni firmes, y no atribuyó valor a otros elementos de prueba obrantes en autos.

PRECEPTOS:

Código civil, arts. 1.256 y 1.288.

Ley 1/2000 (LEC), arts. 271.2, 286 y 477.2.3º y 3.

Ley 50/1980 (LCS), arts. 1, 3, 8 y 20.

RDLegis. 1/2007, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, art. 10.2.

Ley 7/1998 (Condiciones generales de la contratación), art. 6.

PONENTE:*Don Jose Luis Seoane Spiegelberg.*

Magistrados:

Don FRANCISCO MARIN CASTAN

Don MARIA DE LOS ANGELES PARRA LUCAN

Don JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 599/2023

Fecha de sentencia: 24/04/2023

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 3133/2019

Fallo/Acuerto:

Fecha de Votación y Fallo: 19/04/2023

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Procedencia: AUD. PROVINCIAL DE BARCELONA, SECCION 11.ª

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Mª Teresa Rodríguez Valls

Transcrito por: EAL

Nota:

CASACIÓN núm.: 3133/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Mª Teresa Rodríguez Valls

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 599/2023

Excmos. Sres. y Excmo. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

En Madrid, a 24 de abril de 2023.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por D.ª Vanesa, representada por el procurador D. Ignacio Melchor de Oruña, bajo la dirección letrada de D. Roberto Toro Pujol, contra la sentencia n.º 206/2019, dictada por la Sección 11.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona, en el recurso de apelación n.º 990/2017, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 71/2016, del Juzgado de Primera Instancia n.º 41 de Barcelona. Ha sido parte recurrida Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por la procuradora D.ª Katuska Marín Martín y bajo la dirección letrada de D. Ramón M.ª Forrellad Martínez.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

Tramitación en primera instancia

1.- La procuradora D.^a Emma Frigola Casalí, en nombre y representación de D.^a Vanesa, interpuso demanda de juicio ordinario contra Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros, en la que solicitaba se dictara sentencia:

"[...] por la que se condene al abono de la cantidad de ochenta y nueve mil quinientos once euros con veintinueve céntimos de euro (89.511,29.-€) así como a los intereses del artículo 20 de la LCS desde el 30 de julio de 2013 -fecha de comunicación de la resolución de invalidez de 2 de julio de 2013- y a las costas procesales".

2.- La demanda fue repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 41 de Barcelona y se registró con el n.º 71/2016. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.- La procuradora D.^a Ana M.^a Gómez-Lanzas Calvo, en representación de Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba al juzgado:

"[...] dictar Sentencia por la que, a tenor de las excepciones y argumentaciones planteadas:

"a) Se desestime íntegramente la demanda.

"b) Se imponga a la parte actora el pago de las costas causadas y que se causen en la tramitación de este procedimiento".

4.- Tras seguirse los trámites correspondientes, el Magistrado-juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 41 de Barcelona dictó sentencia de fecha 31 de julio de 2017, con la siguiente parte dispositiva:

"Que debo desestimar y desestimo la demanda interpuesta por Doña Vanesa, representada por la Procuradora Sra. Frigola, frente a Catalana Occidente, compañía Anónima de Seguros y Reaseguros, representada por la Procuradora Sra. Gómez, absolviendo a la demanda, y sin hacer especial pronunciamiento en cuanto a las costas causadas en esta instancia".

Segundo.

Tramitación en segunda instancia

1.- La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de D.^a Vanesa.

2.- La resolución de este recurso correspondió a la sección 11.^a de la Audiencia Provincial de Barcelona, que lo tramitó con el número de rollo 990/2017, y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 27 de marzo de 2019, cuya parte dispositiva dispone:

"Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido:

"1º Desestimar el recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de doña Vanesa contra la sentencia de 31 de julio de 2017, dictada en juicio ordinario núm. 71/2016, seguido ante el Juzgado de Primera Instancia núm. 41 de Barcelona.

"2º Confirmar la sentencia recurrida.

"3º Imponer a la apelante las costas causadas y decretar la pérdida del depósito".

Tercero.

Interposición y tramitación del recurso de casación

1.- La procuradora D.^a Emma Frigola Casalí, en representación de D.^a Vanesa, interpuso recurso de casación.

El motivo del recurso de casación fue:

"INFRACCIÓN DEL ORDENAMIENTO: artículos 1288 del Código Civil en relación con los artículos 1, 3 y 8 de la Ley de Contrato de Seguro, artículo 10.2 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y artículo 6 de la ley 7/1998, de 13 de abril, sobre condiciones generales de la contratación.

"- JURISPRUDENCIA INFRINGIDA:

"- Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª, Sentencia núm. 225/2018 de 17 de abril [RJ\2018\1589].

"- Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª, Sentencia núm. 1340/2007 de 11 de diciembre [RJ\2007\8919].

"- Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sentencia núm. 1056/2001 de 8 de noviembre [RJ\2001\9290].

"- Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sentencia núm. 35/1999 de 22 de enero [RJ\1999\4]".

2.- Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se siguió el procedimiento por sus trámites, pasando las actuaciones a la Sala de Admisión por diligencia de 15 de julio de 2019.

Mediante escrito remitido el 9 de julio de 2021, la representación procesal de D.^a Vanesa aportó sentencia n.º 176/2021, dictada por el Juzgado de lo Social n.º 8 de Barcelona, con fecha 3 de mayo de 2021, en los autos n.º 1210/2014, de lo que se dio traslado a la parte contraria, que presentó el correspondiente escrito al respecto.

3.- Con fecha 13 de octubre de 2021, por la Sala de Admisión se dictó auto cuya parte dispositiva es como sigue:

"1.º) Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de Dña. Vanesa contra la sentencia dictada con fecha 27 de marzo de 2019 por la Audiencia Provincial de Barcelona, Sección Décimo Primera, en el rollo de apelación núm. 990/2017, dimanante de los autos de juicio ordinario núm. 71/2016 del Juzgado de Primera Instancia n.º 41 de Barcelona.

"2.º) Abrir el plazo de veinte días, para que la parte recurrida formalice, por escrito su oposición al recurso, encontrándose las actuaciones a su disposición en Secretaría, durante el citado plazo.

"Contra la presente resolución no cabe recurso alguno".

4.- Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito, manifestando también lo que estimó conveniente a su derecho sobre la sentencia n.º 176/2021, dictada por el Juzgado de lo Social n.º 8 de Barcelona.

5.- Por providencia de 22 de marzo de 2023 se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 19 de abril del presente, fecha en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.

Antecedentes relevantes

A los efectos decisorios del presente recurso partimos de los siguientes antecedentes relevantes.

1º.- La actora concertó, en octubre del año 2000, en el contexto de una compraventa de una vivienda y concesión de un préstamo hipotecario para financiar su adquisición, un contrato de seguro de vida con cobertura de invalidez permanente absoluta, con la entidad demandada Seguros Catalana de Occidente Sociedad de Seguros y Reaseguros, S.A., con indicación de número de póliza NUM000.

2º.- En el momento de la contratación, sólo se entregó a la demandante un documento denominado nota informativa, en la que figuraba que se le remitiría por la compañía a su domicilio la póliza completa.

No consta que las condiciones particulares, ni el pliego de condiciones generales del contrato suscrito, fueran entregadas a la demandante, ni que, por lo tanto, las hubiera aceptado y avalado con su firma.

3º.- En dicha nota informativa suministrada a la asegurada, dentro del apartado definición de garantías y opciones ofrecidas, consta:

"Prestaciones por invalidez: En el momento en que sea reconocido por el Asegurador el estado de invalidez del Asegurado en el grado de absoluta y permanente, abonará un capital igual al importe cubierto por el Seguro Principal en el caso de fallecimiento".

4º.- Mediante resolución de la Seguridad Social de 2 de julio de 2013, se determinó que la actora padecía el siguiente cuadro residual:

"PLURIPATOLOGIA CON SIGNOS CLÍNICOS ACTIVOS: LUMBOCIATICA POR HERNIA DISCAL LUMBAR L5-S1 CON RADICULOPATIA L5-S1 DERECHA. SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE Y EMPEORAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA EN PACIENTE ASMÁTICA CRÓNICA CON DISNEA".

En el dictamen propuesta de la Comisión de Evaluación de Incapacidades se establece que la demandante se califica como incapacitada permanente en grado de absoluta. Y se adiciona a la calificación que:

"Esta calificación podrá ser revisada por agravación o mejoría a partir del 1-7-2014. 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 (art. 48.2 de la Ley del estatuto de los trabajadores (BOE 29-3-1995)".

5º.- Con fecha 8 de abril de 2014, la compañía de seguros rechaza el siniestro, puesto que:

"Tal y como se indica en las Condiciones Especiales de este Seguro Complementario, se entiende por Invalidez Absoluta Permanente, "...la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de voluntad del Asegurado ...". Dado que en el Dictamen de la Seguridad Social que nos ha remitido dice 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", su situación actual no queda cubierta y por tanto no podemos proceder a su solicitud de indemnización".

6º.- Con posterioridad, mediante resolución del INSS de 30 de septiembre de 2014, se revisó la situación de la actora, y se declaró que ya no estaba afecta a una incapacidad permanente en ninguno de sus grados, decisión contra la que se interpuso reclamación previa ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social con fecha 23 de octubre de 2014, que fue desestimada con data 28 de noviembre de dicho año.

En la precitada resolución de 30 de septiembre consta que el cuadro clínico revisado es:

"Hernia discal lumbar L5-S1 con radiculopatía L5-S1 derecha. Bronquitis asmática. Hipersensibilidad química múltiple. Fibromialgia sin limitación funcional actualmente".

Y como argumentación contiene:

"Se ha comprobado que el cuadro patológico, en relación con las lesiones que dieron lugar a la declaración de incapacidad permanente revelan una evidente mejoría lo que supone la recuperación de sus facultades generales y la posibilidad de prestar actividades laborales rentables".

Contra dicha resolución administrativa se interpuso demanda judicial, el 19 de diciembre de 2014, que dio lugar a los autos 1210/2014, del Juzgado de lo Social 8 de Barcelona. Con fecha 23 de septiembre de 2015, se suspende el procedimiento por litispendencia, suspensión que fue sucesivamente prorrogada.

7º.- Así las cosas, con fecha 25 de enero de 2016, la actora formula demanda contra la compañía aseguradora, que es tramitada por el cauce de juicio ordinario 71/2016, por el Juzgado de Primera Instancia número 41 de Barcelona.

Se aportó con la demanda un informe médico del Hospital General Vall d'Hebrón de Barcelona, en el que consta, con respecto a la demandante, que "la limitación funcional, tiene repercusión en la vida laboral (no puede realizar actividad laboral) y en las actividades de la vida personal y social".

En su contestación, la compañía aseguradora hace valer las condiciones generales del contrato de seguro que establecen que:

"A los efectos del presente Seguro Complementario se entiende por invalidez absoluta y permanente la situación física irreversible provocada por enfermedad o accidente, totalmente independientes de la voluntad del Asegurado, y sobrevenida después de contratado el seguro, salvo si fuere por causa de accidente, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución".

Con base en dicha condición opone que la incapacidad de la asegurada declarada administrativamente va a ser revisada ante la previsión de mejoría con lo que su estado no es irreversible, sino provisional, de espera transitoria. Sólo en el caso en que esa mejoría no se produzca, en el plazo de dos años, queda abierta para la actora la posibilidad de reclamar la indemnización.

El procedimiento finalizó por sentencia desestimatoria de la demanda.

En su argumentación, se parte de la base de que no constan entregadas a la demandante las condiciones particulares y generales de la póliza, en cuya cláusula de irreversibilidad de la invalidez absoluta y permanente funda su oposición la entidad aseguradora. Por tal circunstancia, el documento del que se vale el juzgador de primera instancia es la denominada nota informativa aportada al proceso por la demandante.

En cualquier caso, argumenta que, de las propias condiciones generales aportadas por la compañía, resulta, en su apartado 8, que a los efectos de comprobación de la invalidez absoluta y permanente ocasionada por accidente o enfermedad, "el Asegurador, en ningún caso, tomará como prueba fehaciente y vinculante para el pago de la indemnización del presente Seguro Complementario, el dictamen que para el Asegurado hayan emitido los organismos de la Seguridad Social, en orden a la calificación de su estado de invalidez absoluta y permanente", sino que se indica cómo debe procederse en tales casos. Por lo tanto, el carácter irreversible, que se atribuye en la póliza a la situación de invalidez absoluta y permanente, no cabe tenerla en cuenta.

No obstante, considera el juzgador de primera instancia que si la demandante se funda en la resolución del INSS, que le reconoce tal calificación laboral, habrá de estarse al íntegro contenido de la misma, en la que consta la previsible revisión, por mejoría, a partir del 1 de julio de 2014.

Se cita, a continuación, la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 28 de diciembre de 2000, en tanto en cuanto dispone que, aunque la reforma introducida por el art. 48.2 del Estatuto de los Trabajadores no tendría que afectar a la interpretación de la cláusula de la póliza colectiva en que se refería al carácter irreversible de la incapacidad permanente absoluta; no obstante, como el ordenamiento jurídico no es un compartimento estanco, al prever dicho precepto la suspensión de la relación contractual por dos años, cuando las disfunciones

padecidas vayan a ser objeto previsiblemente de mejoría que permita la incorporación al puesto de trabajo, supone una especialidad importantísima respecto a la previsión general de revisión de las declaraciones de invalidez, que contiene el art. 143.2 de la Ley General de la Seguridad Social (en adelante LGSS), hasta la jubilación del trabajador.

Esta dualidad permite distinguir entre una declaración de invalidez definitiva, que extingue la relación laboral; y otra de probable revisión por mejoría que simplemente la suspende, por lo que, en este último caso, de espera transitoria, no cabe apreciar el carácter irreversible que se predica en la póliza colectiva de seguro de los trabajadores, y sí, por el contrario, en el supuesto del art. 143 LGSS, en que las reducciones anatómicas o funcionales graves son previsiblemente definitivas.

En aplicación de tal doctrina jurisprudencial, y considerando que la resolución del INSS de invalidez absoluta permanente fue acordada bajo esa previsión de revisión por mejoría que, posteriormente, fue declarada por resolución administrativa del INSS de 30 de septiembre de 2014, pendiente de impugnación, concluye la sentencia que, a la fecha de presentación de la demanda, la actora no se encontraba afecta a una invalidez de tal clase, llegándose, incluso, a incorporar al trabajo, si bien cursó posteriormente nuevas bajas laborales.

Entiende, por ello, el juzgado que no se probó por la asegurada que se encontrase en la situación de incapacidad absoluta y permanente, y decidió, en consecuencia, la desestimación de la demanda, sin imposición de costas, por las serias dudas jurídicas y fácticas que presenta el litigio, "siendo discutible el exacto estado de la actora, lo que justifica con la escasa documentación contractual vinculante que tenía en su poder, la interposición de la demanda".

9º.- Interpuesto recurso de apelación, su conocimiento correspondió a la sección 11.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona, que dio por reproducida la argumentación de la sentencia del juzgado.

Consideró que el único contenido obligacional acreditado es el que contiene la nota informativa, en tanto en cuanto las condiciones particulares y generales no han sido aceptadas por la asegurada. Argumentó, también, que es doctrina reiterada que los informes del INSS no vinculan a los tribunales civiles.

La cobertura del seguro se basa en unos hechos definitivos, por lo que la actora debió esperar a que tal situación se consolidase, con toma en consideración del art. 143 de la LGSS.

Así se deduce del adjetivo permanente atribuido a la incapacidad, que significa que "permanece, sin limitación en el tiempo", siendo insuficiente para acreditar dicho estado la declaración testifical de la Dra. Celsa, al afirmar que las patologías empeoran progresivamente, que son crónicas, en un proceso irreversible, puesto que no permiten sostener, como pretende la recurrente, que se encuentre en la situación descrita en la nota informativa del seguro de invalidez permanente y absoluta.

10º.- Contra dicha sentencia se interpuso recurso de casación por la parte demandante.

11º.- Durante la sustanciación del recurso se aportó a los autos sentencia 176/2021, de 3 de mayo, dictada por el Juzgado de lo Social n.º 8 de Barcelona, en la que consta, en su declaración de hechos probados, que:

"La profesión habitual de la actora es la de jefa administrativa y continúa en activo (hecho conforme). La actora ha permanecido en situación de incapacidad temporal desde el 25 de febrero al 1 de octubre de 2015; desde el 20 de noviembre de 2015 al 13 de mayo de 2016; desde el 16 de noviembre de 2016 al 11 de mayo de 2018 y desde el 19 de noviembre de 2018 al 31 de diciembre de 2019; en los periodos de alta, la actora no ha prestado servicios durante un total de 291 días laborables, debido a vacaciones, permisos, visitas médicas, indisposiciones, etc. (folios 91 y 96 y 184)".

La precitada sentencia razonó que, desde que se declaró a la demandante en situación de incapacidad permanente absoluta, en ningún informe médico, ya sea de la sanidad privada o de la pública, constató una mejoría del cuadro médico que determinó tal declaración de invalidez, sin que quepa confundir mejoría con las discrepancias diagnósticas de los médicos evaluadores, cuando no consta la evolución positiva del cuadro clínico que presentaba el trabajador.

En definitiva, se consideró, por el juez de lo social, con la oportuna cita jurisprudencial, que las únicas posibilidades que admite la ley para revisar la declaración de invalidez efectuada son la mejoría o agravación de una parte, y error de diagnóstico de otra, y ninguna de ellas se han acreditado.

En consecuencia, con revocación de las resoluciones del INSS, de 30 de septiembre y 28 de noviembre de 2014, declaró a la actora en situación de incapacidad permanente absoluta derivada de enfermedad común.

Segundo.

Recurso de casación

2.1 Fundamento y desarrollo del recurso

El recurso de casación se interpuso por interés casacional (art. 477.2.3.º y 3 de la LEC), y se fundamentó en un único motivo, por infracción de los artículos 1288 del Código Civil, en relación con los artículos 1, 3 y 8 de la Ley de Contrato de Seguro, artículo 10.2 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y artículo 6 de la ley 7/1998, de 13 de abril, sobre condiciones generales de la contratación. Se citó como

jurisprudencia vulnerada la recogida en las sentencias de esta Sala 225/2018, de 17 de abril; 1340/2007, de 11 de diciembre; 1056/2001, de 8 de noviembre; 35/1999, de 22 de enero.

En el desarrollo del recurso, se argumentó, en síntesis, que el tribunal provincial llevó a efecto una interpretación ilógica y arbitraria, que vulnera el principio de interpretación contra proferentem (contra el proponente), al entender que la incapacidad permanente absoluta, que consta como riesgo cubierto, debe ser definitiva, no revisable y no provisional, además aprecia una oscuridad en las condiciones de la póliza, que aplica en contra de la asegurada.

Se señala, por la sentencia recurrida, que la resolución del INSS no es vinculante; sin embargo, su fundamentación se apoya en ella, pese a encontrarse recurrida, y cuando además constan que, tras la revisión por mejoría de la Seguridad Social, se produjeron un sinfín de periodos de baja.

La nota informativa no dispone, en ningún caso, que la invalidez sea definitiva o sin revisión, cuando todas las declaraciones de incapacidad están sometidas a ella.

La sentencia aprecia serias dudas de hecho y de derecho; sin embargo, no obtiene las consecuencias jurídicas procedentes de tal conclusión.

2.2 Examen de las causas de inadmisibilidad

La parte recurrida se opone a la admisibilidad del recurso, en tanto en cuanto se prescinde de los hechos declarados probados por el tribunal provincial; en cualquier caso, para su revisión se debió acudir al recurso extraordinario por infracción procesal. En consecuencia, el recurso interpuesto se aparta de la técnica casacional.

No podemos admitir este alegato de inadmisibilidad; toda vez que la cuestión controvertida, que suscita la parte demandante en su recurso, es de naturaleza jurídica, sin que suponga alteración de los hechos declarados probados por la sentencia de la audiencia provincial, sino que, con base en ellos, se considera infringido el derecho sustantivo o material aplicable al caso, lo que conforma el objeto específico del recurso de casación (art. 477 LEC).

Por otra parte, la compañía aseguradora se opone a la incorporación al proceso de la sentencia del Juzgado de lo Social número 8 de Barcelona de 3 de mayo de 2021 que, durante la sustanciación de este recurso, aportó la parte demandante. Dicha sentencia revoca la decisión de la Seguridad Social, que había revisado la declaración de incapacidad permanente absoluta de la actora por mejoría de su cuadro clínico, al reputarla como infundada. Se sostiene, también, que no consta su firmeza.

En cualquier caso, alega que, a los efectos de mero debate, no pueden imponerse a la demandada los intereses de demora del art. 20 de la LCS dadas las circunstancias concurrentes.

Pues bien, la aportación de tal sentencia es admisible por la vía del art. 271.2 de la LEC (sentencias 634/2017, de 23 de noviembre; 42/2021, de 2 de febrero y 95/2021, de 23 de febrero, entre otras), aun cuando la recurrente la hubiera aportado por la vía del art. 286 de la LEC. La compañía aseguradora se manifestó expresamente sobre tal documento, tanto con motivo del traslado conferido como en su de oposición al recurso, por lo que no sufrió indefensión alguna. No es óbice de inadmisibilidad que no conste la firmeza de la sentencia, sin perjuicio de su valoración.

Tercero.

Examen del recurso de casación

Esta sala en sentencia 345/2020, de 23 de junio, consideró limitativa una condición general, que atribuía a la incapacidad permanente absoluta la condición de irreversible sin especificación adicional alguna, y que era considerada, por parte de la compañía aseguradora y la audiencia provincial, como situación inalterable, prescindiendo de la circunstancia de que toda declaración de incapacidad es susceptible de revisión hasta la jubilación, con lo que se vaciaba de contenido a la cobertura asegurada con una limitación temporal no informada, ni aceptada por el asegurado. En dicha resolución se señalaba:

"La aseguradora niega la cobertura dado que la invalidez reconocida a la actora por el INSS no es definitiva sino provisional y, por lo tanto, no es objeto de cobertura por la póliza. En este caso, el riesgo de un asegurado declarado como afecto a una invalidez permanente absoluta bajo las previsiones de revisión del art. 143 de la LGSS de 1994 (actual art. 200 de la Ley de 2015), carecería de cobertura sine die, incluso transcurridos los dos años de suspensión de la relación laboral, que sin embargo quedaría extinguida, y pese a que, en tal caso, la jurisdicción social, con respecto a los seguros afectos a los convenios colectivos, considerase a la misma jurídicamente irreversible.

"Nada impide que se pacte la cobertura de la invalidez permanente absoluta con la condición de irreversible, pero con las garantías de la suscripción de las condiciones limitativas, toda vez que está excluyendo casos de indeterminación de la evolución de un cuadro clínico, de manera tal que un asegurado afecto a una invalidez permanente absoluta, que persista desde su declaración hasta su jubilación, sería excluido de la póliza, ante la eventualidad de su mejoría.

"De mantenerse tal interpretación posible, avalada por la compañía y compartida por la Audiencia, a tenor de la redacción de la condición general 2.1, el contrato se alejaría de forma inadmisiblemente de la finalidad pretendida

con su suscripción y de las razonables expectativas de cobertura del asegurado, al que le sería legítimo pensar que declarada su invalidez permanente absoluta y extinguido su contrato de trabajo, por el transcurso del plazo de dos años, al que se refiere el art. 48.2 ET, estaba cubierto por la cobertura pactada, como viene entendiendo por ejemplo la jurisdicción social con respecto a los seguros afectos a los convenios colectivos".

Ahora bien, este caso contiene connotaciones propias.

Se señala que es objeto del seguro "la incapacidad permanente absoluta de la asegurada", mas no se especifica el ámbito concreto de cobertura de dicho riesgo, al no haber sido entregadas a la demandante las condiciones generales de la póliza, que lo definían contractualmente, lo que dejaba a la asegurada en una situación de incertidumbre sobre el concreto alcance de la cobertura pactada.

El juzgado y la audiencia parten, para denegar la cobertura del seguro, de la resolución de la Seguridad Social de 2 de julio de 2013 que, tras considerar a la actora afecta a una incapacidad de tal clase, con posibilidad de mejoría, se dejó aquella sin efecto por otra resolución administrativa ulterior de 30 de septiembre de 2014, al considerar existente una evolución favorable del cuadro clínico de la actora.

Por otra parte, dicha resolución no era firme, al hallarse pendiente de demanda judicial ante el Juzgado de lo Social número 8 de Barcelona.

A más abundamiento, se reconoce que la demandante, tras su incorporación al trabajo, viene sufriendo significativas bajas laborales, así, por ejemplo, de 24 de febrero de 2015 a 1 de octubre de 2015, o de 20 de noviembre de 2015 al 6 de mayo de 2016; es decir, por un total, de 388 días, como reconoce la sentencia del juzgado.

En definitiva, se condicionó la cobertura del riesgo a la decisión de la Seguridad Social, sin analizar, tampoco, el contenido de la decisión administrativa de revisión y su correlativa argumentación jurídica.

La sentencia considera que, aunque no cabe oponer el carácter irreversible de la declaración de incapacidad, al no operar las condiciones generales opuestas por la compañía, la palabra "permanente", según el Diccionario de la RAE significa que "permanece, sin limitación de tiempo".

Como señalan las sentencias de esta sala 419/2020, de 13 de julio y 626/2020, de 25 de noviembre:

"Es reiterada jurisprudencia la que sostiene que las contradicciones y correlativas dudas existentes sobre el alcance e interpretación de las condiciones generales de la póliza pesan contra la compañía aseguradora, en tanto en cuanto las predispuso e impuso en sus relaciones contractuales con terceros.

"Pueden consultarse al respecto, entre otras, la STS 498/2016, de 19 de julio, cuando señala que toda la normativa de seguros está enfocada a la protección del asegurado, resolviéndose a su favor las dudas interpretativas derivadas de la redacción del contrato o de sus cláusulas oscuras o confusas. O más recientemente, la STS 31/2020, de 21 de enero, cuando establece que:

"[...] la técnica de las condiciones generales impuestas y predisuestas por las compañías determinan la vigencia de la interpretación contra proferentem (contra el proponente), conforme a la cual 'la interpretación de las cláusulas oscuras de un contrato no deberá favorecer a la parte que hubiese ocasionado la oscuridad' (SSTS 248/2009, de 2 de abril; 601/2010, de 1 de octubre; 71/2019, de 5 de febrero y 373/2019, de 27 de junio, entre otras)".

Pues bien, en el presente caso, el riesgo asegurado se define como:

"Prestaciones por invalidez: En el momento en que sea reconocido por el Asegurador el estado de invalidez del Asegurado en el grado de absoluta y permanente, abonará un capital igual al importe cubierto por el Seguro Principal en el caso de fallecimiento".

Con ello resulta que el riesgo objeto de cobertura, en los términos reseñados, únicos con los que contamos, opera cuando: 1) sea reconocido por el asegurador; 2) no se condiciona a su declaración administrativa; 3) no constan otros datos de definición y delimitación del riesgo; y 4) desencadena sus efectos desde el momento en que sea reconocido.

Es obvio, que la cobertura no puede depender de su reconocimiento por el asegurador, pues ello supondría la lesión del art. 1256 CC, sino de la efectiva producción del riesgo asegurado.

Es evidente, también, que la Seguridad Social le reconoció a la demandante inserta en dicha situación de incapacidad con posibilidad de mejoría. Sin embargo, no resultó que quedara condicionada la prestación de la compañía a la extinción de la relación laboral por incapacidad (art. 143 LGSS, en su redacción entonces vigente), o al carácter irreversible del cuadro clínico, al no ser susceptibles de oposición las condiciones generales de la póliza, y cuando además las declaraciones de incapacidad absoluta son revisables hasta la jubilación. Reputar el riesgo, de tal forma, mediante el significado de la palabra permanente, fuera de su contexto jurídico, es una interpretación contra el asegurado.

La revisión administrativa de la incapacidad por mejoría se fundamenta en el mismo cuadro clínico que determinó, en su momento, la declaración de incapacidad permanente absoluta. Lo que permite concluir que más que una evolución positiva del cuadro clínico determinante de tal declaración, se trata de una discrepancia de

diagnóstico sobre la efectiva capacidad laboral de la demandante, máxime además cuando la resolución administrativa de revisión contiene una fórmula estereotipada, sin razonamiento adicional alguno que explique las discrepancias valorativas que conviertan, en el plazo de un año, lo que antes constituía una incapacidad de tal naturaleza, que imposibilitaba para toda clase de trabajo, en otra situación asaz diferente de plena incorporación a la actividad laboral, y en un contexto además de continuas y prolongadas bajas laborales tras su reincorporación al trabajo.

La sentencia recurrida señala que no son vinculantes las declaraciones de la Seguridad Social, aunque resuelve con fundamento en ellas; por otra parte, la revisión administrativa de la capacidad no era firme.

La compañía no aportó prueba pericial alguna tendente a cuestionar el cuadro clínico de la asegurada. La única prueba, al respecto, la aportó la demandante, consistente en la testifical de la doctora Celsa, como recoge la sentencia de la audiencia, que afirmó que "las patologías empeoran progresivamente, que son crónicas, en un proceso irreversible", Además, la actora acompañó a su demanda informe médico de la Unidad de Fatiga Crónica del Hospital Vall d' Hebrón de Barcelona, en la que consta que: "la limitación funcional, tiene repercusión laboral (no puede realizar actividad laboral) y en las actividades de la vida personal y familiar".

Posteriormente, la declaración de mejoría fue dejada sin efecto por sentencia del Juzgado de lo Social, cuya firmeza no consta.

En definitiva, la sentencia recurrida llevó a efecto una interpretación contra el asegurado, en tanto en cuanto dio plena validez a las resoluciones de la Seguridad Social, pese a señalar que no eran vinculantes, ni firmes, y no atribuyó valor a otros elementos de prueba obrantes en autos (definición del riesgo en la nota informativa, bajas laborales, informes médicos, contenido y motivación de la resolución de revisión por mejoría, que se hallaba pendiente de impugnación judicial, y significado atribuido a la expresión permanente basada en su significado gramatical).

Cuarto.

Los intereses de demora del art. 20 de la LCS

En este caso, cuando se presentó la demanda la actora estaba incorporada al trabajo, y su situación declarada de incapacidad absoluta permanente había sido revisada administrativamente, con lo que su relación con la Seguridad Social como jefa administrativa de dicho organismo público no se había extinguido, sino que sus efectos persistían tras un periodo de suspensión provisional.

Tales circunstancias determinan la existencia de causa justificada de la aseguradora para no hacerse cargo del siniestro, hasta que se le comunicó la sentencia dictada por el juzgado de lo social, el 9 de julio de 2021, mediante traslado del escrito presentado por la recurrente con la referida resolución, a partir de la cual su mora, en hacer honor al compromiso indemnizatorio, carecía de justificación alguna en el contexto antes expuesto.

La estimación del recurso no es incompatible con la apreciación de la causa justificada del art. 20.8 LCS, precisamente la misma entra en juego cuando la compañía debe hacerse cargo de la cobertura del riesgo.

Quinto.

Costas y depósito

La estimación del recurso de casación determina que no se haga especial condena en costas (art. 398 LEC), y que proceda la devolución del depósito constituido para recurrir (Disposición Adicional 15, apartado 8 de la LOPJ).

La parcial estimación de la demanda y recurso de apelación conlleva que no proceda la condena en costas de ambas instancias (arts. 394 y 398 LEC) y que se decrete la devolución del depósito para apelar (Disposición Adicional 15, apartado 8 de la LOPJ).

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido:

1.º- Estimar el recurso de casación interpuesto, casar la sentencia 206/2019, de 27 de marzo, dictada por la Sección 11.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona, en el rollo de apelación 990/2017, sin imposición de costas y devolución del depósito para recurrir.

2.º- Estimar parcialmente el recurso de apelación interpuesto por D.ª Vanesa, contra la sentencia 137/2017, de 31 de julio, dictada por el Juzgado de Primera Instancia n.º 41 de Barcelona, en los autos de juicio ordinario 71/2016, y, en consecuencia, revocamos la referida resolución, y, con estimación parcial de la demanda, condenamos a Catalana de Occidente, Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros a abonar a la actora D.ª Vanesa, la suma de 89.511,29 €, con los intereses legales del art. 20 de la LCS a contar desde el 9 de julio de 2021,

todo ello sin imposición de las costas procesales de ambas instancias y devolución del depósito constituido para recurrir en apelación.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y del rollo de Sala.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). La Editorial CEF, respetando lo anterior, introduce sus propios marcadores, traza vínculos a otros documentos y hace agregaciones análogas percibiéndose con claridad que estos elementos no forman parte de la información original remitida por el CENDOJ.