

En Logroño, a 27 de septiembre de 2017, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. José Luis Jiménez Losantos, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**52/17**

Correspondiente a la consulta formulada por la Excma. Sra. Consejera de Salud sobre el *Proyecto de Convenio marco entre el Gobierno de la CAR, el Consorcio de Compensación de Seguros y la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA), para la atención de la asistencia sanitaria futura derivada de accidentes de tráfico en el ámbito de la sanidad pública 2016/2018.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Único**

La Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja ha tramitado el procedimiento para la aprobación del Convenio marco de asistencia sanitaria pública futura derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2016/2018, que consta de la siguiente documentación.

-Memoria justificativa, de 23 de junio de 2017, del Jefe del Servicio de Presupuesto, Subvenciones y Programación de la Consejería.

-Borrador del Convenio marco, que contiene diez estipulaciones, relativas, respectivamente, a su “Objeto”, ámbito de aplicación y vigencia; a los “hechos sujetos” al Convenio y a la “determinación del obligado al pago”; a la “determinación del servicio de salud acreedor”; a la “forma y momento del pago”; a las “normas de procedimiento”; a la “regularización de pagos”; a la “Comisión de vigilancia y arbitraje”; a la “información”; a la “publicidad y comunicaciones”; y a las “altas y bajas”. El Convenio consta también de una estipulación final, un índice y dos Anexos (de “Condiciones económicas”, y un modelo de comunicación de gastos de asistencia futura); yendo, además, acompañado de una adenda sobre “Reembolso entre Servicios de Salud”.

-Oficio de la Ilma. Sra. Secretaria General Técnica de la Consejería, de 1 de julio de 2017, en el que hace referencia al deber de solicitar informe a los Servicios Jurídicos del Gobierno de La Rioja y a este Consejo Consultivo.

-Informe del Servicio Jurídico, de 31 de julio de 2017, que, en lo esencial, informa favorablemente el borrador de Convenio marco, si bien precisando que deben especificarse los sujetos que lo suscriben, así como la capacidad jurídica en cuya virtud actúan, y la competencia en la que se fundamenta la actuación de la Administración pública; y también que deben incluirse cláusulas referentes a: **i)** causas de extinción y resolución del Convenio; **ii)** indicación de las consecuencias en caso de incumplimiento; y **iii)** en su caso, criterios para determinar la posible indemnización.

-Junto con los documentos indicados, y respondiendo a las observaciones efectuadas en el último informe citado, se acompaña un nuevo texto del Convenio.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 4 de agosto de 2017, y registrado de entrada en este Consejo el siguiente día 8, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito de 8 de agosto de 2017, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 10 de agosto de 2017, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

### Primero

#### **Necesidad del dictamen del Consejo Consultivo y su ámbito.**

1. Sobre la materia aquí sometida a dictamen ha tenido ocasión de pronunciarse ya este Consejo en los recientes dictámenes D.19/17 y D.30/17, ambos referidos a iguales Convenios marco, si bien el primero respecto a la asistencia sanitaria, y el segundo al servicio de emergencias sanitarias. Siendo precisamente en el primero de ellos, el D.19/17, en el que, por haberse suscitado en el expediente administrativo opiniones divergentes, este Consejo se pronunció sobre la necesidad de su intervención –con aplicación de doctrina de este Consejo en cuestiones similares-.

En aquel dictamen se fundó tal intervención – mediante una doctrina que aquí hemos de reiterar- en aplicación de los arts. 9.3 de la Ley 11/2013, de 21 de octubre, de Hacienda Pública de La Rioja (LHPR), y 11, h) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, reguladora del Consejo Consultivo de la Rioja, cuya previsión se reproduce en el art. 12.2 H) del Reglamento Orgánico y Funcional del Consejo Consultivo de La Rioja, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero.

El primero de los citados preceptos (art. 9.3 LHPR) establece que: *“sin perjuicio de lo establecido en el apartado 3 del artículo 12 de esta Ley, no se podrá transigir judicial ni extrajudicialmente, sobre los derechos de la Hacienda pública, ni someter a arbitraje las contiendas que se susciten respecto de los mismos, sino mediante Acuerdo de Consejo de Gobierno, a propuesta de la Consejería competente en materia de Hacienda, previo dictamen del Consejo Consultivo. No será preciso el dictamen del Consejo Consultivo cuando se trate de acuerdos formalizados en el seno de un procedimiento de mediación judicial en el ámbito contencioso-administrativo”*.

Y, reforzando ese criterio el artículo 11.h) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, determina que el Consejo Consultivo de La Rioja deberá ser consultado preceptivamente sobre los *“proyectos de transacciones extrajudiciales y de sometimiento a arbitraje sobre bienes y derechos de contenido económico de la Administración pública”*.

Procedía, para determinar la necesidad de intervención de este Consejo, a examinar las dos cuestiones suscitadas por ambos preceptos: si el Convenio Marco afectaba a bienes y deudas o créditos de la Hacienda Pública, y si su aprobación entrañaba el sometimiento a arbitraje de esas deudas o créditos.

2. En lo que respecta a la primera de las cuestiones a examinar, indicábamos, resumidamente, que, conforme a lo dispuesto en el art. 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, (LGS), *“los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente”*, a cuyos efectos, continua indicando el precepto, *“las Administraciones públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos, tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados”*.

En desarrollo del art. 83 LGS, el art. 2.7 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, establece que: *“conforme a lo señalado en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad, ... los Servicios de Salud reclamarán, a los terceros obligados al pago, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, de acuerdo con lo especificado en el Anexo IX”*.

Dicho Anexo IX determina el alcance de la asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago, estableciendo que *“los Servicios públicos de Salud reclamarán, a los terceros obligados al pago, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido [sic. además de otros supuestos como “el transporte sanitario, atención de urgencia”, etc] ... la prestación ortoprotésica, las prestaciones con productos dietéticos y la rehabilitación”*, en los casos de seguro obligatorio de vehículos de motor.

Asimismo (continuamos manifestando en el dictamen D.19/17), el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por RD Leg. 8/2004, de 29 de octubre (TRLRCS'04), establece que *“el conductor de vehículos a motor es responsable ... de los daños causados a las personas ... con motivo de la circulación”* (art. 1.1 TRLRCS'04); e impone, a todo propietario de vehículos, la obligación de *“suscribir y mantener en vigor un contrato de seguro”* (art. 2.1 TRLRCS'04). El aseguramiento obligatorio cubre los ámbitos territoriales y materiales y los límites cuantitativos descritos por los arts. 4 y 5 TRLRCS'04. Fuera del importe de la cobertura del seguro obligatorio, el resto de la indemnización *“quedará a cargo del seguro voluntario o del responsable del siniestro, según proceda”*.

Ya hemos indicado que el art. 83 LGS prevé que los Servicios de Salud sean resarcidos *“en todos los supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago”*. Por tanto, comprende no sólo los casos en que existan seguros obligatorios especiales, sino, en general, también aquellos en que la prestación sanitaria se efectúe en virtud de un seguro voluntario.

El perjudicado por un siniestro de circulación tiene derecho a ser resarcido de los daños sufridos en su persona y en sus bienes, así como a los gastos y otros perjuicios a los que tenga derecho (art. 7.1 TRLRCS'04). Y, así, diversos preceptos del TRLRCS'04 recogen los distintos supuestos y forma de llevar a cabo el resarcimiento de las atenciones que, en el ámbito de esa responsabilidad, pueda prestarse por los Servicios públicos de Salud. En los dos dictámenes que hemos citado como precedentes del actual, los proyectos de Convenio objeto de los mismos hacían referencia al resarcimiento de los gastos ocasionados por asistencia sanitaria y por traslado, estando este referido a la asistencia sanitaria denominada “futura”.

Respecto de ella, se ocupa el art. 113.1 TRLRCS'04, al determinar que: *“los gastos de asistencia sanitaria futura compensan, respecto de las secuelas a que se refieren los apartados 2, 3 y 4 de este artículo, el valor económico de las prestaciones sanitarias que precise el lesionado de forma vitalicia después de que se produzca la estabilización de las lesiones y también aquellas prestaciones sanitarias que se produzcan en el ámbito domiciliario que, por su carácter especializado, no puedan ser prestadas por tercera persona”*.

Para llevar a cabo el resarcimiento de los gastos de asistencia futura, el art. 114.1 TRLRCS'04 expresamente establece que *“serán abonados por las entidades aseguradoras a los Servicios públicos de Salud, conforme a la legislación y los convenios o acuerdos suscritos”*.

Adicionalmente, el art. 11.1 TRLRCS'04 determina las funciones del Consorcio de Compensación de Seguros (CCS), entre las que, en lo que hace al caso, se encuentran –*“hasta el límite del aseguramiento obligatorio”*– las de indemnizar, a quienes hayan sufrido daños en sus personas por siniestros ocurridos en España, cuando el vehículo causante sea desconocido (art. 11.1, a) TRLRCS'04), no esté asegurado (art. 11.1, b) TRLRCS'04), haya sido objeto de robo o robo de uso (art. 11.1, c) TRLRCS'04); exista controversia entre el propio Consorcio y la entidad aseguradora (art. 11.1, d) TRLRCS'04); o cuando la entidad aseguradora se halle en situación concursal o de insolvencia (art. 11.1, e) TRLRCS'04).

De todo lo indicado, se concluía en los dictámenes precedentes mencionados que: **i)** las personas que sufren daños corporales como consecuencia de un accidente de tráfico tienen derecho a recibir asistencia sanitaria por los Servicios de Salud correspondientes; **ii)** las Administraciones sanitarias tienen derecho a reclamar al tercero responsable el coste de los servicios de asistencia sanitaria que hayan prestado; **iii)** los gastos de asistencia sanitaria sufragados por los Servicios de Salud, habrán de ser resarcidos, a esos Servicios, por la entidad aseguradora del responsable del siniestro (o, en su caso, por el CCS), a cuyo efecto podrán suscribirse los oportunos Convenios sanitarios entre los Servicios de Salud y

las entidades aseguradoras; y **iv**) que los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en estos supuestos, tienen, para el Servicio de Salud, la condición de ingresos propios.

Aclarado lo anterior, los derechos de crédito que, en los casos descritos, ostenta el Gobierno de la Comunidad Autónoma de La Rioja (que los presta a través del Servicio Riojano de Salud -SERIS-) frente a las entidades aseguradoras (y, en los casos previstos legalmente, frente al el CCS), son inequívocamente derechos de contenido económico e integran la Hacienda pública autonómica, que, conforme al art. 2 LHPR, “*está constituida por el conjunto de derechos y obligaciones de contenido económico cuya titularidad corresponde a la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja y a sus organismos públicos*”.

Dado que el SERIS tiene la condición de organismo autónomo (art. 73.1 de la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud), y por tanto, la naturaleza de organismo público (art. 21.1.a) de la Ley 3/2003, de 1 de marzo, del Sector público de la Comunidad Autónoma de La Rioja), los ingresos que ha de percibir por los servicios que preste (art. 80.1, e) de la Ley 2/2002), así como los que esté autorizado a percibir de acuerdo con la normativa vigente (art. 80.1, c) de la misma Ley), forman parte de sus recursos propios. Similar doctrina hemos mantenido con respecto a la naturaleza de los precios públicos cobrados en las Residencias de personas mayores, en dictámenes D.125/07 y D.38/08.

En suma, los derechos de crédito a que dan lugar relaciones jurídicas como las reguladas en el Convenio marco analizado están comprendidos en el ámbito de aplicación del art. 9.3 LHPR, pues son derechos de la Hacienda pública autonómica.

**3.** También, al igual que hemos señalado en los reiterados dictámenes precedentes, hemos de mantener en este que no parece discutible que la suscripción del Convenio marco entraña, para la Comunidad Autónoma de La Rioja, el sometimiento a arbitraje de las discrepancias que pudieran suscitarse en relación con esos derechos.

En efecto, el objeto del Convenio es regular “*las relaciones entre las partes signatarias para la gestión de la asistencia sanitaria futura, hospitalaria y/o ambulatoria ... una vez se produzca la estabilización de las lesiones, en el ámbito de la sanidad pública, a lesionados por hechos de circulación*” (Estipulación 1ª.1) y sus estipulaciones y compensaciones serán de aplicación “*a las prestaciones sanitarias realizadas, una vez se produzca la estabilización de las lesiones, a los lesionados por hechos de la circulación ocasionados por un vehículo a motor cubierto por un contrato de seguro de Responsabilidad Civil derivado de la Circulación de Vehículos de Motor*” (Estipulación 2ª.1).

El Convenio Marco regula, de manera minuciosa, los criterios para determinar quién es el obligado al pago y, por ello, qué entidad aseguradora ha de satisfacer los gastos de asistencia sanitaria futura (Estipulación 2ª.4); así como el procedimiento para el pago de la prestación sanitaria futura, que las partes suscribientes (entidades aseguradoras o CCS, y Servicio o Servicios de Salud –de prestarse aquella por más de un Servicio-) han de efectuar para la fijación de su importe (Estipulación 5ª).

En síntesis, ese procedimiento diferencia entre que: **i)** la gestión se inicie por la entidad aseguradora, o, **ii)** por el Servicio de Salud. En el primer supuesto, una vez estabilizada la lesión o agotado el límite temporal de la asistencia sanitaria, la entidad aseguradora notificará al Servicio de Salud si se considera responsable, y, en tal caso, determinará la secuelas del lesionado, la fecha de estabilización, así como la forma de pago; de no considerarse responsable, le facilitará los datos de las entidades aseguradoras intervinientes en el accidente, para que aquél inicie la reclamación. De considerarse responsable, si el Servicio de Salud mostrara su disconformidad con los términos propuestos, se acudirá a la Comisión de Vigilancia y Arbitraje (CVA) que en el Convenio se crea. En el segundo, supuesto, el Servicio de Salud envía a las entidades aseguradoras los datos que permitan la identificación del lesionado y la valoración de las secuelas objeto del gasto sanitario futuro. La entidad aseguradora le facilitará al Servicio información sobre la relación de secuelas indemnizadas, y el importe de la compensación económica.

Para aquellos casos en que se susciten discrepancias entre las entidades aseguradoras y los Centros sanitarios, la Estipulación 7ª.1 prevé la constitución de la mencionada Comisión de Vigilancia y Arbitraje (CVA), con objeto de *“resolver cuantas situaciones puedan suscitarse en el seguimiento o interpretación de este Convenio, excepto en la determinación de la responsabilidad del accidente, otorgando a dicha Comisión plena competencia sobre toda cuestión que se someta a su conocimiento por cualquiera de las partes adheridas al Convenio”*.

La CVA, de ámbito nacional, tiene una composición tripartita, pues está integrada por un máximo de tres representantes de cada una de las partes firmantes del Convenio: CCS, UNESPA y los Servicios autonómicos de Salud (Estipulación 7ª.1). Al mismo tiempo, permite la constitución de Subcomisiones, del ámbito territorial correspondiente a cada Servicio de Salud.

Entre las funciones de la CVA (y también de las Subcomisiones, por delegación de la CVA), se encuentra la de *“dirimir los desacuerdos surgidos entre las entidades aseguradoras o el CCS y los servicios de salud”*. (Estipulación 7ª.2). Y es que, en efecto, las partes firmantes del Convenio *“se obligan a someter las diferencias que, en el ámbito del mismo, puedan surgir, la falta de acuerdo sobre el contenido e importe de las facturas, así como negativas o demoras en el pago de las compensaciones ...”* (Estipulación 7ª.3).

Las Resoluciones de la Comisión y, de existir, de la Subcomisión, que se adoptarán, “*en todo caso, por unanimidad... tendrán carácter vinculante para las partes afectadas y finalizadoras del procedimiento a los efectos de la legislación vigente*” (Estipulación 7ª.3), enfatizando la Estipulación 7ª.3. párr. 3º, que “*las Resoluciones serán de obligado cumplimiento*”.

De forma coherente con lo expuesto hasta ahora, el Convenio Marco establece que “*no se podrá acudir a procedimientos administrativos o judiciales de ejecución, hasta que no exista un pronunciamiento expreso de la Comisión*”. Por otra parte, la CVA deberá resolver los asuntos que se le sometan en el plazo máximo de tres meses desde que los reciba. Transcurrido ese plazo sin dictar un pronunciamiento expreso, las partes quedarán liberadas de la prohibición de acudir a otros procedimientos ajenos al regulado en el Convenio “*al objeto de que inicien cuantas acciones consideren oportunas en defensa de sus derechos*” (Estipulación 7ª.3. párr. 2º).

Por tanto, el Convenio incorpora una *cláusula compromisoria* porque, en las condiciones que se han analizado, obliga a las partes que lo suscriben: **i)** a someter sus discrepancias a los órganos arbitrales que el Convenio determina; **ii)** a no acudir a ningún otro procedimiento, judicial, administrativo o de ningún otro tipo, mientras esos órganos no dicten una Resolución expresa, y salvo que ésta se demore, en estos concretos supuestos, más de tres meses; y **iii)** a aceptar y cumplir las Resoluciones de los órganos arbitrales, a los que el Convenio atribuye la condición y carácter de laudo.

Así pues, reiterando lo indicado en los dictámenes precedentes, hemos de indicar que, en los términos del art. 9.1 de la Ley 60/2003, de 20 de diciembre, de Arbitraje (LA), se trata de un *convenio arbitral*, que adopta la forma de *cláusula* incorporada a un acuerdo de voluntades (el que hace nacer el Convenio mismo), pues expresa “*la voluntad de las partes de someter a arbitraje todas o alguna de las controversias que hayan surgido o puedan surgir respecto de una determinada relación jurídica, contractual o no contractual*”.

Por otro lado, las contiendas que habrían de resolver la CVA (o, en su caso, la Subcomisión) afectan directamente a los derechos de la Hacienda pública, pues, como se ha señalado ya, tales controversias habrán de versar sobre si las entidades aseguradoras están o no obligadas a resarcir los gastos desembolsados por el SERIS; o bien sobre la cuantía, importes y conceptos de los gastos susceptibles de reclamación.

**4.** En conclusión, dado que la firma del Convenio Marco de asistencia sanitaria conllevaría el sometimiento a arbitraje de derechos de la Hacienda pública de La Rioja, ésta deberá venir precedida, conforme al art. 9.3 LHPR, del “*Acuerdo del Consejo de Gobierno, a propuesta de la Consejería competente en materia de Hacienda, y previo dictamen del Consejo Consultivo*”.

Y decíamos en aquellos dictámenes, y hemos de mantener, por iguales argumentos, en este, que nuestro dictamen resulta, así, preceptivo, al abrigo del precepto señalado y de los arts. 11, h), de la Ley 3/2001, y 12.2, H), del Decreto 8/2002.

**5.** Hemos indicado en aquellos dictámenes, y reiteramos en este, que el art. 9.3 LHPR contiene unas exigencias formales o *de procedimiento*, sobre las que este Consejo consideró necesario realizar tres precisiones adicionales:

**A)** El art. 9.3 LHPR establece que el sometimiento a arbitraje se acuerde por el Consejo de Gobierno “*a propuesta de la Consejería competente en materia de Hacienda*”. Por otra parte, el art. 42.1, d) LHPR reserva, a la competencia de los Consejeros, “*elaborar y presentar al Consejo de Gobierno (...) las propuestas de Acuerdos que afecten a su Departamento*”.

Ciertamente, el Convenio marco de asistencia sanitaria entra dentro del ámbito de competencias que, *ratione materiae* (por razón de la materia), corresponden a la Consejería de Salud, por lo que es ésta la que ha de elevar la propuesta para su aprobación al Consejo de Gobierno.

No obstante, en la concreta medida en que una de las estipulaciones del Convenio contiene una *cláusula compromisoria*, el tenor literal del art. 9.3 LHPR –que es una auténtica ley especial (*lex specialis*) respecto al régimen general de la Ley 8/2003– obligaría a dar participación a la Consejería de Hacienda en la elevación de la propuesta al Consejo de Gobierno; lo que bien podría satisfacerse mediante la figura de la propuesta conjunta de ambas Consejerías, ya que no resulta extraña en el ordenamiento autonómico (cfr, DT 1ª de la Ley 7/2005, de 30 de junio, de Juventud de La Rioja; o DT. 1ª.2 de la Ley 3/2003, de 3 de marzo, de Organización del Sector público de la Comunidad Autónoma de La Rioja).

En el supuesto concreto del Convenio Marco objeto de este dictamen, la propuesta se formula por la Consejería de Salud sin que en el expediente conste intervención alguna de la de Hacienda. Por ello ha de insistir este Consejo en que una más correcta adecuación a lo exigido debería comportar la intervención de esta última. No obstante, también en aquellos dictámenes se hacía mención a “*la virtualidad sanadora que, en cualquier caso, habrá de tener la posterior –y superior– intervención del propio Consejo de Gobierno*”, por lo que se hace preciso reiterarla en función de su eficacia legal posterior.

**B)** En relación con la *forma que ha de adoptar el Acuerdo* al que se refiere el art. 9.3 LHPR, la Ley autonómica 8/2003, de 28 de octubre, del Gobierno e incompatibilidades de sus miembros, establece, en su art. 28, que las decisiones del Consejo de Gobierno adoptarán la forma de Acuerdo (art. 28.4), salvo en los casos

previstos por el art. 28.3 (que no afectan al supuesto que nos ocupa), en los que revestirán la forma de Decreto.

C) Por otra parte, una vez dictado el Acuerdo de autorización por el Consejo de Gobierno, la *competencia para firmar el Convenio* corresponderá al Consejero competente por razón de la materia.

Dado que el art. 7.1.1, q) del Decreto 24/2015, de 21 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica de la Consejería de Salud, atribuye a los Consejeros la competencia para firmar “*previa aprobación del Gobierno, en su caso, los Convenios que se establezcan para el fomento de actividades de interés público, en materias también propias de su Consejería*”, por lo que deberá ser la titular de esta Consejería quien lo suscriba, tal y como se hace constar en la modificación del borrador inicial que consta en el expediente, en su parte final.

## Segundo

### **Análisis de la cláusula de sometimiento a arbitraje que contiene el Convenio marco.**

1. Lo enunciado en este ordinal ha sido objeto de examen en el reiterado D.19/17, si bien hemos de recordar aquí –para facilitar la lectura y comprensión de lo aquí dicho sin necesidad de acudir a aquél-, al menos brevemente los razonamientos jurídicos expuestos. Y a tal efecto, dijimos que este Consejo Consultivo ha analizado en dictámenes precedentes (por todos, D.8/96, D.5/97, o D.36/13) la razón de ser y el alcance de la intervención de los Altos Órganos Consultivos como requisito, preceptivo y previo, para someter a arbitraje derechos de la Hacienda Pública o para alcanzar con terceros transacciones sobre ellos.

En esos casos, este Consejo ha afirmado que el carácter previo de su dictamen lo convierte en “*antecedente necesario*” para la transacción o el sometimiento a arbitraje; y ha recordado que, según el Consejo de Estado, esa intervención de los Altos Órganos Consultivos constituye “*un supuesto, claro y típico, de tutela administrativa*”.

Igualmente, este Consejo ha subrayado que esa intervención se erige en mecanismo de garantía, llamado a asegurar el adecuado uso de los caudales públicos y el sometimiento de las actuaciones administrativas sobre ellos a los principios constitucionales que, en materia de gasto público, resultan del art. 31 CE.

2. En el Fundamento de Derecho precedente se ha expuesto con detenimiento el contenido del Convenio, especialmente el de las estipulaciones que contemplan el sometimiento a arbitraje de ciertas discrepancias.

Estas discrepancias pueden versar tanto *sobre la procedencia* de que el Gobierno de La Rioja, a través del organismo con que gestiona la sanidad pública, el SERIS, obtenga de las entidades aseguradoras el resarcimiento de los gastos realizados por él en la asistencia sanitaria futura a personas lesionadas en accidentes de tráfico, como *sobre el importe mismo de la cantidad* a reclamar.

También se ha analizado en el Fundamento de Derecho anterior la composición de los órganos arbitrales, en los que necesariamente toman parte representantes de los Servicios de Salud; así como su régimen de adopción de acuerdos, que exige el voto unánime de todos sus miembros.

**3.** Pues bien, reiterando lo allí dicho, y a la vista del contenido del Convenio marco y de los datos que figuran en la documentación remitida, la cláusula de sometimiento a arbitraje que el Convenio contiene merece a este Consejo un juicio favorable por las razones que a continuación se exponen:

**A)** Con carácter previo -y como se ha señalado ya- los Convenios de asistencia sanitaria, en sus distintas prestaciones, entre los Servicios de Salud y las entidades aseguradoras, como instrumento para regular las reclamaciones que aquellos Servicios han de dirigir a estas entidades para obtener el resarcimiento de los gastos sanitarios de los que han de hacerse cargo las aseguradoras, gozan del expreso reconocimiento legal que les presta el art. 141 TRLRCS'04.

**B)** Por otra parte, parece razonable considerar que la cláusula de arbitraje que incorpora el Convenio va a resultar aplicable a un género limitado de supuestos.

En primer lugar, porque el Convenio tiene un ámbito temporal delimitado (años 2016 a 2018), lo que, en cualquier caso, asegura que, si el sistema no resultara funcional o conveniente a los intereses de la Hacienda pública, su vigencia no se extendería más allá de 2018, pues la Comunidad Autónoma, al término del periodo vigente, podría perfectamente no suscribir un nuevo Convenio.

Además, porque, por razón de la materia, la intervención de los Órganos arbitrales se restringe a un número de casos que cabalmente puede preverse reducido, pues se constriñe a aquellos supuestos en los que: i) una persona sufra un accidente de tráfico; ii) sea asistida por el correspondiente Servicio de Salud, en este caso concreto, el SERIS; y iii) al reclamar éste el importe de los gastos a la compañía aseguradora del vehículo o vehículos causante de los daños, se produzca una discrepancia en cuanto a los conceptos o importes de las facturas, o bien en cuanto a la procedencia misma de la reclamación.

Incluso las discrepancias sobre el importe o la cuantía de las facturas puede suponerse que serán limitadas en número, dada la razonable claridad de los conceptos recogidos en las “*condiciones económicas*” descritas en el Anexo I.

**C)** Con todo, aun en tales casos de divergencia, el órgano que ha de resolver las controversias debe adoptar sus acuerdos por unanimidad (Estipulación 7ª.3). Y ello, tanto si ese órgano es la CVA, como la Subcomisión Territorial cuya creación prevé el Convenio.

Dado que una tercera parte de la composición de esos órganos, corresponde invariablemente, o bien a los representantes de los Servicios públicos de Salud (caso de la CVA), o bien a los representantes del SERIS, en el caso concreto de esta Comunidad Autónoma, (caso de la Subcomisión territorial); parece claramente salvaguardado el interés general de la Comunidad Autónoma, pues esas discrepancias nunca podrán resolverse sin el voto favorable de los representantes de la Administración sanitaria en cualquiera de los dos órganos arbitrales que el Convenio contempla.

De otra parte, aunque, para las partes firmantes del Convenio, resulta obligatorio someter las discrepancias al laudo arbitral, también es cierto que, ante la falta de resolución expresa en el plazo de tres meses, las partes podrán ejercer sus acciones y derechos por los cauces que estimen convenientes.

**D)** Además, no debe olvidarse que el Convenio no se ordena a la realización de gastos por el SERIS, sino, más bien al contrario, a articular un sistema ágil y práctico que permita al SERIS recuperar -reclamándolo a las Compañías aseguradoras o al CCS- el importe de unos gastos que habrá soportado ya con anterioridad al facilitar la oportuna asistencia sanitaria a los accidentados en un siniestro de circulación.

Desde esta óptica, el Convenio parece beneficioso para el interés general de la Hacienda autonómica, y coherente con el principio de eficacia que debe inspirar toda actuación administrativa (art. 103.1 CE), en la medida en que, con el sistema diseñado por él, se evita judicializar las discrepancias que surjan al respecto, facilitando, por otro lado, el rápido cobro de todas las facturas no discutidas.

**E)** Para concluir, es necesario subrayar que, como indica el Servicio de Presupuestos, Subvenciones y Programación de la Consejería consultante, en su informe de 23-6-2017, si bien este Convenio marco es el primero que, para la asistencia sanitaria futura, se suscribe, tiene como antecedentes los Convenios de igual carácter referentes a la asistencia sanitaria y los servicios de emergencia sanitaria, los cuales se vienen desarrollando de forma tradicional en años precedentes, con evidente beneficio para las arcas públicas. El mencionado informe así lo constata, al poner de relieve la relevante cuantía de las cantidades anuales obtenidas de esos Convenios.

E, incluso, ese informe pone de relieve el vacío existente en las prestaciones de asistencia sanitaria futura que el Convenio viene a remediar, al consignar que, superada la fase de la primera atención de urgencia o emergencia y el alta médica en los centros de salud públicos, “... *no es infrecuente que el accidente haya provocado, al afectado, determinadas secuelas permanentes y en muchos casos vitalicias, que precisarán de una asistencia continuada o aislada, pero que ha de hacerla efectiva, igualmente, el responsable...*”.

Pues bien, el prolongado mantenimiento en el tiempo de este tipo de fórmulas convencionales, y la constante adhesión a ellas de las diferentes Administraciones sanitarias, si bien referidas a prestaciones sanitarias distintas a las que constituyen el objeto de este Convenio marco, parece responder a la constatación de que este sistema resulta, en general, beneficioso para los intereses generales de las Administraciones públicas, pues permite, a los Servicios de Salud, recuperar -con mayor celeridad que la que resultaría de un recurso sistemático a las vías judiciales- cuantías que han sido desembolsadas para dar asistencia sanitaria a los perjudicados por accidentes de circulación.

4. Por último, hemos de reiterar nuevamente lo indicado en el D19/17, en cuanto que este Consejo, estima claro que, una vez suscrito el Convenio y aceptado por la Comunidad Autónoma de La Rioja, el mismo da cobertura, mediante una habilitación genérica, a los casos concretos de aplicación, sin necesidad de tener que tramitar, para cada asunto determinado, un nuevo procedimiento de autorización. Y ello, no sólo por la fuerza vinculante de la cláusula compromisoria (*ex. arts. 1.091, 1.256, 1.258 y 1.278 Cc o 9.1 LA*), sino también porque el interés público subyacente y la preservación de los caudales públicos, cuya tutela constituye el objeto de este procedimiento, quedan salvaguardados merced a la decisiva presencia, en la Comisión y en las Subcomisiones, de los representantes de la Administración sanitaria, cuya voluntad es determinante de los Acuerdos que se adopten, ya que, sin ella, éstos no pueden ser adoptados.

Cosa distinta, naturalmente, es que la Comunidad Autónoma, cuyos representantes forman parte de la Subcomisión Territorial, pueda recabar, en cada caso concreto, y en orden a la definición de su *voluntad interna* (esto es: la que ha de determinar el sentido de su voto en cada controversia), cuantos asesoramientos e informes considere pertinentes. Incluso -con carácter facultativo- el de este Consejo. Y ello, sin perjuicio de que, en uso de su potestad de auto-organización, la Comunidad Autónoma pueda, si lo considera oportuno, regular un procedimiento específico encaminado a la formación de esa *voluntad interna*; y prever la intervención en él de las Unidades o Servicios administrativos que estime convenientes para la mejor salvaguarda de los intereses de su Hacienda pública.

## **CONCLUSIONES**

### **Primera**

El Convenio marco de asistencia sanitaria futura pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2016/2018 contiene una cláusula de sometimiento a arbitraje de contiendas sobre derechos de la Hacienda pública autonómica, por lo que su firma deberá venir precedida del cumplimiento de los trámites expuestos en el Fundamento de Derecho Primero de este dictamen.

### **Segunda**

El contenido del Convenio Marco, y de manera especial, la cláusula de sometimiento a arbitraje, se considera ajustada a Derecho y adecuado a los intereses de la Hacienda pública autonómica, por lo que procede someter la firma del Convenio a la autorización del Consejo de Gobierno.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

**EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO**

Joaquín Espert y Pérez-Caballero