

STS 3922:2000

ECLI: ES:TS:2000:3922

Órgano	Tribunal Supremo
Fecha	15/05/2000
Nº de Resolución	
Ponente	JESUS GONZALEZ PEÑA
Tipo de Resolución	SENTENCIA

Resumen: Trabajador que prestó servicios hasta el mes de Enero de 1992 y se le reconoce una I.P.T. por sordera profesional el 16-11-94. Reclamación de indemnización del Convenio. Mención de la sentencia de Sala General de 1-2-2000.

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a quince de Mayo de dos mil.

Vistos los presentes autos pendientes ante esta Sala en virtud de recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por el Letrado D. Alberte Xulio Rodríguez Feixoo, en nombre y representación de D. Baltasar , contra la sentencia de 26 de febrero de 1.999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia en el recurso de suplicación núm. 1821/96, interpuesto contra la sentencia de 11 de diciembre de 1.995 dictada en autos 282/95 por el Juzgado de lo Social núm. 2 de los de Lugo seguidos a instancia de D. Baltasar contra la Compañía de Seguros Swiss Life España S.A. y la empresa Explotación Minera Internacional España S.A. (EXMINESA) y el Fondo de Garantía Salarial, sobre reclamación de cantidad

Ha comparecido ante esta Sala en concepto de recurrida, la entidad SWISS LIFE S.A. representada por la Procuradora D^a M^a Jesús González Díez.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 11 de diciembre de 1.995, el Juzgado de lo Social núm 2 de los de Lugo, dictó sentencia cuya parte dispositiva es del siguiente tenor literal: "Que, desestimando la demanda interpuesta por DON Baltasar contra EXPLOTACION MINERA INTERNACIONAL ESPAÑA S.A. (EXMINESA), la Compañía de Seguros SWISS LIFE ESPAÑA, S.A. y el FONDO DE GARANTIA SALARIAL, debo absolver y absuelvo a los demandados de todas las pretensiones de la demanda."

En la anterior sentencia se declararon probados los siguientes hechos: "1º.- El actor, DON Baltasar , cuyos datos personales constan en autos, nacido el día 12 de noviembre de 1.954, afiliado a la Seguridad Social con el nº NUM000 , en el Régimen General, prestó sus servicios para la empresa EXPLOTACION MINERA INTERNACIONAL ESPAÑA, S.A. (EXMINESA), por cuenta y orden de la misma desde el 21 de junio de 1.977 al 12 de enero de 1.992, correspondiéndole un salario base de calificación de 177.600 pesetas (mensuales) y una antigüedad de 9.600

pesetas mensuales, ascendiendo su salario total a 187.200 pesetas mensuales.- 2º.- Por la Dirección Provincial del I.N.S.S. se dictó resolución de fecha 16 de noviembre de 1.994 declarando al actor afectado de Invalidez Permanente en grado de incapacidad permanente total, derivada de enfermedad profesional, por padecer hipoacusia neurosensorial bilateral severa y probablemente secundaria a trabajo en ambiente ruidoso, y con derecho a percibir una prestación económica mensual del 55% de su base reguladora de 237.255 pesetas, con efectos desde el 8 de septiembre de 1.994.- 3º.- El Convenio Colectivo de la empresa Exminesa establece que "los trabajadores afectados por el presente Convenio Colectivo tiene derecho a estar incluidos en la póliza de Seguro de Vida y Accidentes que la empresa contratará con la aseguradora que estime conveniente la cobertura de estos seguros será el importe de tres anualidades del salario base de calificación más el complemento personal de antigüedad.- El alta en la póliza será simultánea al alta en la empresa para el seguro de accidente, y a los tres meses de esta para el seguro de vida. Igualmente, todos los trabajadores afectados por el presente Convenio tendrán una póliza que cubra el riesgo de accidente para el personal de exterior que sufra accidente en el interior de la mina, por una cantidad igual a la que percibiría un trabajador de interior, de la misma o similar categoría".- 4º.- La empresa Exminesa suscribió con la entidad aseguradora SWISS LIFE ESPAÑA, S.A. un contrato seguro de grupo vida y accidentes cuyas condiciones particulares y generales damos aquí por reproducidas, especialmente los artículos 1, 4 y 9 de las condiciones Particulares y 3.J de las generales. Dicha póliza fue cancelada con efecto 1 de enero de 1.994.- 5ª.- Se presentó demanda de conciliación el día 16 de febrero de 1.995, celebrándose el acto de conciliación el 3 de marzo de 1.995, que terminó intentado sin efecto."

SEGUNDO.- Posteriormente, con fecha 26 de febrero de 1.999, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, dictó sentencia en la que consta la siguiente parte dispositiva: "Que con desestimación del recurso interpuesto por Don Baltasar , confirmamos la sentencia que con fecha 11-Diciembre-1995 ha sido dictada en autos tramitados por el Juzgado de lo Social nº Dos de los de Lugo, y por la que se rechazó la demanda formulada y se absolvió a SWISS LIFE ESPAÑA S.A., EXPLOTACION MINERA INTERNACIONAL ESPAÑA (EXMINESA) y el FONDO DE GARANTIA SALARIAL."

TERCERO.- Contra la sentencia dictada en suplicación, se formalizó, por la representación procesal de D. Baltasar el presente recurso de casación para la unificación de doctrina, que tuvo entrada en el Registro General de este Tribunal Supremo, el día 20 de abril de 1.999, alegando la contradicción existente entre la sentencia recurrida y la dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León con sede en Valladolid en fecha 27 de julio de 1.993.

CUARTO.- Por Providencia de esta Sala de 30 de noviembre de 1.999, se admitió a trámite el presente recurso, dándose traslado del mismo a la parte recurrida para que formalizara su impugnación en el plazo de diez días.

QUINTO.- Evacuado el trámite de impugnación por la representación de Swiss Life S.A., se dio traslado al Ministerio Fiscal para informe, dictaminado en el sentido de considerar el recurso improcedente, e instruido el Excmo. Sr. Magistrado Ponente, se declararon conclusos los autos, señalándose para la votación y fallo el 22 de marzo de 2.000, por providencia de fecha 12 de abril de 2.000, quedó sin efecto el anterior señalamiento, trasladándose para su votación en Sala General al siguiente 10 de mayo, en cuya fecha tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El Juzgado de lo Social número dos de Lugo dictó sentencia el 11 de diciembre de 1.995, en la que desestimaba la demanda del actor, que solicitaba el pago de 7.862.400 ptas. por el concepto de mejora voluntaria de la acción protectora a cargo de la compañía aseguradora o de la empresa, en su caso, como consecuencia de la declaración obtenida de incapacidad permanente total para su profesión habitual de barrenista, derivada de la contingencia de enfermedad profesional. La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, en la

sentencia de 26 de febrero de 1.999 desestimó el recurso de suplicación interpuesto por el actor. Frente a ésta resolución se interpone ahora el presente recurso de casación para la unificación de doctrina, invocando como sentencia contradictoria la dictada por el Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, sede de Valladolid, de fecha 27 de julio de 1.993.

SEGUNDO.- El artículo 217 de la Ley de Procedimiento Laboral exige para la viabilidad del recurso de casación que se produzca contradicción entre la resolución judicial que se impugna y otra resolución judicial que ha de ser una sentencia de una Sala de lo Social de un Tribunal Superior de Justicia o de la Sala IV del Tribunal Supremo. La contradicción requiere que las resoluciones que se comparan contengan pronunciamientos distintos sobre el mismo objeto, es decir, que se produzca una diversidad de respuestas judiciales ante controversias esencialmente iguales y, aunque no se exige una identidad absoluta, sí es preciso, como señala el precepto citado, que respecto a los mismos litigantes u otros en la misma situación, se haya llegado a esa diversidad de las decisiones pese a tratarse de "hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales". Por otra parte, debe tenerse en cuenta que la contradicción no surge de una comparación abstracta de doctrinas al margen de la identidad de las controversias, sino de una oposición de pronunciamientos concretos recaídos en conflictos sustancialmente iguales (sentencias de 27 de enero, 18 de julio, 14 de octubre, 17 de diciembre de 1997 y 23 de septiembre de 1998).

Como elementos relevantes a efectos de llevar a cabo ahora la comparación entre ambas resoluciones, la recurrida y la de contraste, se hace necesario analizar los distintos elementos que concurren en una y otra sentencia, para llegar a la conclusión de que, con independencia de algunas diferencias accesorias, los supuestos que se contemplan son sustancialmente idénticos. Así, tanto una como otra resolución abordan el caso de un trabajador minero, barrenista uno y maestro de taller mecánico el otro, que habiendo cesado en el año 1.992 en la misma empresa Exminesa, S.A., obtienen del INSS posteriormente una declaración de invalidez permanente total para su profesión habitual, derivada de la contingencia de enfermedad profesional; en la sentencia recurrida el trabajador presenta una "hipoacusia neurosensorial bilateral severa probablemente secundaria a trabajo en ambiente ruidoso" y en la de contraste la enfermedad profesional era derivada de "cofosis en oído izquierdo y pérdida del 96% en el derecho". En ambos casos la empresa tenía concertada, en aplicación del artículo 19 del Convenio Colectivo aplicable, una mejora voluntaria de la acción protectora que desde el 1.10.91 al 31.12.92 tenía suscrita con la Compañía Swiss Lyfe España, S.A. También concurre en ambos casos la circunstancia de que el informe de la UVMI se produce después de que ambos trabajadores cesaran en el trabajo; del mismo modo, los dos trabajadores habían permanecido en la misma empresa durante más de catorce años.

No obstante, en el supuesto de la sentencia recurrida el lapso de tiempo que media entre el cese en la empresa, acaecido el 12 de enero de 1.992, y la declaración de incapacidad permanente total, producida con efectos de 8 de septiembre de 1.994, no concurre en el supuesto que aborda la sentencia comparada, en la que el trabajador cesa en la empresa el 18 de febrero de 1.992 y los efectos de la declaración de invalidez se retrotraen por la Gestora al 24 de marzo de 1.992, esto es, 34 días después del cese. Pero esta circunstancia, con ser llamativa, no es relevante a los efectos aquí analizados, como tampoco puede serlo el análisis de las lesiones que determinaron la declaración de incapacidad derivada de enfermedad profesional, por otra parte prácticamente idénticas, sino que lo trascendente es determinar si en estos supuestos de enfermedad profesional con declaración de incapacidad posterior al cese en la empresa, la fecha de efectos para fijar el momento determinante de la posible percepción de las mejoras voluntarias de la acción protectora suscritas por la empresa, ha de ser la de la fecha de la declaración de la incapacidad o, por el contrario, ha de retrotraerse al momento en que se desarrollaba la actividad en la que se adquirió la enfermedad, que, a falta de otros datos objetivos, cabría fijar en el momento del cese en el trabajo.

Y al resolver esta cuestión, la realidad es que ambas sentencias adoptan decisiones contrapuestas. Mientras la recurrida entiende que ha de ser la primera de las soluciones la aplicable, la de contraste considera que en estos

supuestos de enfermedades de evolución y etiología lenta y larvada como la hipoacusia neurosensorial, adquirida tras muchos años de trabajo en ambientes ruidosos, la objetivación de la enfermedad se ha de entender producida cuando el trabajador prestaba servicios, estaba en activo en la empresa. Ese es el núcleo de la contradicción, con independencia del lapso de tiempo que haya podido mediar entre el cese en el trabajo y la fecha de efectos de la incapacidad fijada por la Entidad Gestora tras emitir la Unidad Médica el oportuno dictamen y por ello, si en las resoluciones compradas se llega a soluciones distintas al abordar este problema, existe la necesaria contradicción entre ellas exigida por el artículo 217 de la Ley de Procedimiento Laboral, lo que determina la necesidad de entrar a conocer del fondo del asunto y analizar la doctrina que haya de acogerse como acertada. Es decir, las sentencias que se comparan tienen en cuenta la fecha del hecho causante, y la de contraste estima que existen circunstancias de hecho que permiten retrotraerlo al momento del trabajo, dada la relación de causalidad existente entre la dolencia y la tarea, mientras que en la combatida, como se indica atiende a la fecha de la declaración cuando la contradicción es la discrepancia en orden al momento en que se entiende producida la dolencia.

TERCERO: Acreditado el presupuesto de recurribilidad procede entrar a conocer de las infracciones denunciadas, y en el motivo articulado la parte recurrente alega que la sentencia combatida infringe por inaplicación del artículo 19 del Convenio Colectivo de la empresa Exminesa para los años 1990-1991, que regía en el momento en que acaecieron los hechos que dieron lugar a la declaración del actor como afecto de una incapacidad permanente y total por la contingencia de enfermedad profesional.

Para llegar a esta conclusión se parte de una equiparación entre la enfermedad y el accidente de trabajo. Sin desconocer la doctrina de la Sala en orden al hecho causante, -que en Sala General del 1-2-200 se ha concretado en relación con las mejoras voluntarias por accidente- entiende que el concepto de siniestro laboral no puede quedar reducido al trauma súbito y violento, pues dentro del mismo se comprenden y abarcan los supuestos de enfermedades originadas en el trabajo, que con el transcurso del tiempo van evolucionando de manera negativa hasta desencadenar una situación invalidante, ya que es evidente que la situación de merma en la aptitud para el trabajo que se pensiona tiene su origen en esa tarea profesional con la que guarda una relación de causa a efecto.

No puede negarse que la enfermedad profesional, originada por la suma de microtraumas o microintoxicaciones, es una variedad del accidente, y así se trató inicialmente en nuestra legislación, pero ello no significa que pueda llegarse a una identificación total entre ambas contingencias a los efectos que pretende la parte recurrente.

La identificación total pudo predicarse hasta el 7 de marzo del año 1941, fecha que se reguló el Seguro obligatorio en las enfermedades profesionales. Esa inicial regulación diferenciadora, fue seguida por ejemplo, por el Seguro de la Enfermedad profesional de silicosis del 29 de marzo de 1946, y con posterioridad a esa norma, por el Decreto del 13 de abril de 1961, regulador de las enfermedades profesionales, y por la Orden 9 de mayo de 1962 que publica el Reglamento de aplicación. Puede afirmarse que la diferenciación tiene su origen en causas económicas, en razón a la dificultad de asegurar la dolencia profesional, ya que casi todas esas dolencias tienen una evolución lenta e insidiosa que da lugar a manifestaciones tardías de su clínica, lo que motivaba, en aquel momento, en que actuaban como entidades aseguradoras empresas de carácter mercantil, que dichas aseguradoras no aceptaban la cobertura del riesgo y las industrias patógenas se encontrasen en la imposibilidad de suscribir las correspondientes pólizas.

A partir de dicha regulación, que dio lugar a la creación del Fondo de Compensador, hoy INSS, y sus sistema de reparto, el accidente y la dolencia profesional tuvieron un tratamiento administrativo y laboral diferente, y así el legislador ya se preocupó de definir separadamente las dos contingencias, tanto en el Primer Texto Articulado de la Ley General de la Seguridad Social, como en los posteriores, es decir en el Texto Refundido aprobado por el Decreto 2065/74 del 30 de mayo de 1974, y en el actual vigente, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994 del 30 de junio.

Esa regulación entraña diferencias esenciales en la acción protectora entre ambas contingencias, y así por ejemplo, para determinar los derechos de los trabajadores afectados, se atiende a criterios diferentes, pues en el accidente laboral se atiende a legislación aplicable por el momento en que ocurre el evento, mientras que en algunas dolencias profesionales, dicha legislación era la vigente en el tiempo en que se producía el reconocimiento médico oficial o en su caso por el diagnóstico oficial de la dolencia en grado invalidante, como señalaba la doctrina jurisprudencial al interpretar el Reglamento de Enfermedades Profesionales (Sentencias entre otras de 8-3-1958; 21 y 27-3-1958 ; 11-2-1959) Igualmente se puede indicar en esa vía indicativa de diferencias, como en materia de revisión de las incapacidades reconocidas en algunas dolencias profesionales, a diferencia con la revisión en el accidente, sus efectos se iniciaban a partir del día primero del mes siguiente al de la petición de revisión, o como normaba el Reglamento de Prestaciones en sus artículos 22 y siguientes la fecha inicial del devengo de las pensiones, en normas especiales para la enfermedades profesionales, que en el momento actual coinciden con la regulación establecida con carácter general en el artículo 3º de la Orden del 18 de enero de 1996, o como de hecho subsistieron las normas específicas en materia de silicosis, al no desarrollarse el artículo 26 del Decreto 3158/1966 del 23 de diciembre.

Por ello si atendemos a los criterios de interpretación de las normas, establecidos en el artículo 3,1 del Código Civil, a la vista de las definiciones establecidas por el legislador, de esos antecedentes legislativos y del hecho de mantener diferencias, por ejemplo, en la regulación de la seguridad e higiene en el trabajo, con preceptos específicos para el accidente, como el artículo 195 y normas especiales en el artículo 196 de la Ley General de la Seguridad Social, orden a los reconocimientos médicos en las enfermedades profesionales y en la imputación de responsabilidades por los posibles incumplimientos de esas normas fácilmente se llega a la conclusión de que en el ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social el legislador distingue y no identifica ambas contingencias

CUARTO: Partiendo de esta diferenciación en la cobertura obligatoria, no es razonable que pueda predicarse en las mejoras voluntarias de la acción protectora la identidad que pretende el recurrente entre el accidente de trabajo y la enfermedad profesional. No puede negarse que la doctrina de la Sala, contenida entre otras en sus sentencias de del 22 de abril de 1994 (recurso 2915/93) dictada por su Pleno, seguida entre otras por las sentencias del 30 de junio del mismo año y últimamente por las del 18 de marzo, 6 de octubre y 13 de diciembre de 1999, ha señalado que las mejoras voluntarias de la acción protectora establecidas en los seguros privados siguen la misma suerte que las prestaciones básicas de la Seguridad Social a las que complementan, y así, como indicaba al sentencia primeramente mencionada, "el hecho causante de la invalidez permanente derivada de enfermedad profesional, a los efectos de lucrar la mejora voluntaria establecida al respecto por el convenio colectivo, es aquella en que se produce el reconocimiento de la invalidez", pero ello no significa que esa doctrina establezca una identidad entre el accidente y la enfermedad, ni mucho menos, como se pretende en el recurso, que en la referencia a los accidentes de trabajo haya de incluirse la dolencia profesional y en el momento actual, que pueda, por esa identificación aplicarse la doctrina de la Sala General del 1-2-2000 ya mencionada.

Es cierto que la doctrina de la Sala en algunos momentos, en una postura fluctuante, avanzó en la línea de esa identificación entre ambas contingencias Así algunas sentencias, como la dictada en interés de ley de 25 de enero de 1991, y las de 19 de julio y 27 de septiembre del mismo año, 4 de junio y 9 de octubre de 1992 entendieron que la enfermedad profesional está comprendida en el término de accidente que emplea el Convenio, pero ante esa distinta regulación que hace el legislador, y ante el hecho de estar en presencia de una mejora de la acción protectora, cuyo ámbito lo determina la voluntad de las partes negociadoras del Convenio, el problema a resolver, corrigiendo o matizando en su caso esa doctrina, es si puede llegarse a esa identificación, o por el contrario, ha de estarse a los términos del pacto indagando en el mismo, al deseo de quienes lo estipulan sin sustituirla, atribuyéndoles una intención distinta de la expresada en el acuerdo.

Ya hemos aludido a la creación del Fondo Compensador, actualmente sustituido por el INSS, que asume las obligaciones derivadas del sistema de reparto para la cobertura del riesgo en la contingencia profesional encuadrada en el sistema obligatorio de la Seguridad Social, actualmente aplicable a las Mutualidades Laborales a las Mutuas Patronales y las Empresas autorizadas a colaborar en la gestión en este aspecto. Esa misma dificultad que dió lugar a la creación del Fondo Compensador, existiría para la cobertura de la deuda de seguridad del patrono si en las prestaciones voluntarias se incluye la dolencia profesional y si ese sistema de reparto no se puede imponer en relación con las mejoras voluntarias, difícilmente las entidades mercantiles aseguradoras aceptarían cubrir esa mejora, con el efecto de tener que excluir necesariamente del pacto la enfermedad profesional.

El artículo 19 del Convenio establece que los trabajadores afectados tienen derecho a estar incluidos en la póliza del seguro de vida y accidente que la empresa contratará con la Aseguradora que estime conveniente, y esta obligación fué cubierta por la empresa asegurando la contingencia genérica de accidentes, con abstracción de su carácter común o profesional, de acuerdo con el Convenio y de conformidad incluso con la modalidad del contrato de seguro-seguro de vida y seguro de accidente- regulados en la ley vigente del 8 de octubre de 1980, sin que se ampliase en la póliza el concepto del accidente establecido en el artículo 100 como lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la voluntad del asegurado

Extender las mejoras a situaciones no previstas en el Convenio, sobre la base de que son contingencias de la misma naturaleza, como hace la sentencia de contraste, altera los términos del pacto ampliando la coberturas o beneficio de mejora previsto por los contratantes, en contra de lo previsto en el artículo 1283 del Código Civil y ello en una interpretación que sustituye su voluntad, imponiendo ese tercero, que no intervino en el Convenio, una obligación de indemnización por una contingencia que no se contemplaba en el acuerdo en cuya virtud aceptó asumir la cobertura del riesgo. Si conforme al artículo 1281 del Código Civil, hay que estar como primer canon de interpretación a los términos del contrato si los mismos son claros y no dejan duda sobre la intención de los contratantes, es incontrovertido que quien asume la cobertura del riesgo, está contemplando únicamente el accidente de trabajo si no contiene la referencia expresa a la enfermedad profesional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1284 del mismo Código

QUINTO: Por todo lo razonado hay que concluir que la doctrina correcta es la mantenida en la sentencia combatida, lo que lleva a la desestimación del motivo y del recurso. Sin costas

Por lo expuesto, en nombre de S. M. El Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

FALLAMOS

Que desestimamos el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto el Letrado Don Alberto Xullo Rodriguez Feixoo en representación de Don Baltasar contra la sentencia dictada el día 26 de febrero de 1999 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia en el recurso de suplicación nº 1821/1996, interpuesto por Don Baltasar contra la sentencia dictada el 11 de diciembre de 1.995 en autos 282/95 por el Juzgado de lo Social núm. 2 de los de Lugo, seguidos a instancia de D. Baltasar contra la Compañía de Seguros Swiss Life España S.A. y la empresa Explotación Minera Internacional España S.A. (EXMINESA) y el Fondo de Garantía Salarial, sobre reclamación de indemnización por mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social. Sin costas.

Devuélvanse las actuaciones al Organo Jurisdiccional orrespondiente ,con la certificación y comunicación de esta resolución.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado D. Jesús González Peña y el voto particular por los Excmos. Sres. Magistrados D. Fernando Salinas Molina y D. Jesús Gullón Rodríguez hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de lo que como Secretario de la misma, certifico.

Voto Particular

VOTO PARTICULAR QUE FORMULAN CONJUNTAMENTE LOS EXCMOS. SRES. MAGISTRADOS D. FERNANDO SALINAS MOLINA Y D. JESUS GULLON RODRÍGUEZ A LA SENTENCIA DICTADA EN EL RECURSO Nº 1803/1999, DE FECHA 15 DE MAYO DE 2000.

Discrepamos respetuosamente de la decisión mayoritaria de la Sala, aunque coincidimos con la sentencia en que existe contradicción entre la sentencia de suplicación impugnada en el caso y la sentencia aportada para comparación con ella.

No estamos de acuerdo, sin embargo, con el cambio de criterio jurisprudencial que en la misma se contiene, separándose de la tradicional equiparación de tratamiento jurídico entre las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional en materia de mejoras voluntarias de la acción protectora de la Seguridad Social.

En motivos separados, se exponen a continuación los argumentos de la discrepancia.

PRIMERO.- Es cierto que, como pone de relieve la empresa recurrida en el escrito de impugnación del recurso, esta Sala tiene declarado en sentencias de 20 de abril, dictada por el Pleno, 22 de abril y 30 de junio de 1.994, 23 de junio de 1.995, 12 de febrero, 18 de marzo, 6 de octubre, 2 de febrero y 13 de diciembre de 1.999, entre otras muchas, que las consecuencias derivadas de los seguros privados concertados como mejoras voluntarias de la acción protectora, siguen la misma suerte que las prestaciones básicas de la Seguridad Social a que sirven de complemento, de manera que el momento inicial, el hecho causante en casos de invalidez permanente, será el de la declaración de dicha invalidez, que, como regla general, vendrá dada por la fecha de emisión del dictamen de la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades, salvo que la póliza diga otra cosa, tratando así de encontrar un criterio objetivo para fijar el momento en que se determina de forma indudable la existencia de la incapacidad reconocida y establecer de ese modo las consecuencias económicas correspondientes.

Sin embargo, en la reciente sentencia de esta Sala, dictada en Pleno, de fecha 1 de febrero de 2.000 (Rec. 200/1999), se viene a revisar tal criterio en relación con la determinación de la vigencia de la cobertura de los accidentes y de la entidad aseguradora responsable en las pólizas de seguros establecidas como mejoras voluntarias en materia de accidente de trabajo. Así se dice en la referida sentencia que la doctrina tradicional "... 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. Esta es la que responde de todas las consecuencias del accidente (artículo 126.1 de la Ley General de la Seguridad Social en relación con los artículos 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 posteridad. 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 1.967, aunque en ocasiones la confusión entre contingencia determinante y hecho causante pueda oscurecer esa distinción.

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 (artículo 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. ".

Aún cabría añadir como argumento complementario que el artículo 20 6ª) de la Ley de Contrato de Seguro fija como término inicial del cómputo de los intereses por mora del asegurador la fecha del siniestro, no la de la declaración de la incapacidad que pudiese resultar.

SEGUNDO.- Como quiera que el caso que se examina en el presente recurso de casación para la unificación de doctrina se deriva de la contingencia de enfermedad profesional, procede ahora analizar si la anterior doctrina, construida para el supuesto de accidente de trabajo, es también aplicable a las mejoras voluntarias pactadas en casos de incapacidad cuando la situación deriva de enfermedad profesional.

El tratamiento jurídico de las denominadas contingencias profesionales, accidente y enfermedad, tanto en la norma como en la doctrina y la jurisprudencia ha sido tradicionalmente equiparador, desde el momento en que el régimen jurídico de ambas contingencias profesionales es idéntico en la mayoría de sus aspectos, sin perjuicio de que existen algunas diferencias que ahora no inciden en la cuestión planteada, como son las que se refieren a la necesidad de llevar a cabo especiales planteamientos preventivos para cubrir puestos con riesgo de enfermedades profesionales, o la existencia de periodos de observación en la Incapacidad Temporal derivada de esa contingencia, entre otras.

Esa equiparación entre el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, se desprende de la propia definición legal de ésta, en cuanto que el artículo 116 de la LGSS establece que "se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena...", en relación con el cuadro que de las mismas se contiene en el R.D. 1995/1978, de 12 de mayo, en cuya Disposición Final e) 3. se recoge la hipoacusia o sordera provocada por ruido como una de aquéllas. Es pues la enfermedad profesional, al igual que el accidente de trabajo, una circunstancia que nace precisamente de manera directa de la realización del trabajo en la empresa.

Por otra parte, cuando se trata de mejoras voluntarias de la acción protectora de la Seguridad Social, dicha equiparación de contingencias profesionales se afirma en numerosas sentencias de esta Sala como la de 5 de noviembre de 1.992, en la que se citan otras, y se dice que:

"La cuestión fundamental que en este recurso se suscita, ha sido resuelta con reiteración por esta Sala en numerosas sentencias, ... no solo en las de 9 de Octubre de 1984, 19 de Noviembre de 1985 y 22 de Febrero de 1987, citadas por la de contraste de 19 de Febrero de 1990, sino además en la sentencia de 25 de Enero de 1991, dictada en interés de ley, y en las de 19 de Julio y 27 de Septiembre de 1991 y 4 de Junio y 9 de Octubre de 1992, recaídas estas cuatro últimas en otros tantos recursos de casación para la unificación de doctrina; por ello es obligado seguir ahora los principios y criterios que se recogen en la doctrina que estas sentencias establecen, las cuales pueden ser resumidas en la siguiente aseveración: "la enfermedad profesional es realmente un accidente de trabajo o una variedad del mismo, y en tanto no se haga una expresa exclusión en la relación jurídica convencional, el concepto de accidente de trabajo incluye la enfermedad profesional"; puntualizándose además que "tanto atendiendo a la evolución histórica de su protección -que arranca de la sentencia de 17 de Junio de 1903- como de la regulación actual contenida en los arts. 84.2-e) y 85 de la Ley General de la Seguridad Social, dado que ambos preceptos consideran a la enfermedad como accidente de trabajo, con la única variación que la enfermedad profesional del art. 85 se asienta sobre una presunción legal surgida de un doble listado de actividades y enfermedades, en tanto que en el art. 84, al no existir aquella presunción, ha de acreditarse la relación causal entre las secuelas y el trabajo realizado". Por ello todas las mencionadas sentencias llegaron a la conclusión de que la enfermedad profesional se comprende también en el correspondiente precepto del Convenio (en este caso y en otros varios el art. IX del Convenio Colectivo antes referido) que dispuso la mejora comentada, pues dicha enfermedad está comprendida en el término "accidente de trabajo" que tal precepto utiliza".

En la misma línea, la sentencia de esta Sala de 21 de octubre de 1.992 (Rec. 1720/91), con cita de la de 25 de enero de 1991, dictada en interés de ley, declara como doctrina legal correcta que "cuando los convenios colectivos convengan mejoras de las prestaciones de la Seguridad Social para los accidentes de trabajo, sin más especificación, se entienden comprendidas en esta expresión tanto las enfermedades profesionales previstas en el apartado e) del artículo 84 como las contempladas en el artículo 85, ambos del vigente Texto Refundido de la Ley de Seguridad Social".

TERCERO.- Esa homogeneidad en el tratamiento jurídico de las contingencias profesionales determina que la doctrina contenida en la Sentencia de Sala General de 1 de febrero de 2.000, dictada para las mejoras voluntarias en la contingencia de accidente de trabajo y transcrita en lo que aquí resulta aplicable en el fundamento tercero de esta

resolución, haya de proyectarse también a la contingencia de enfermedad profesional.

Establecida la realidad incuestionable de que la enfermedad profesional se origina precisamente durante y a causa de la propia prestación de servicios en determinadas condiciones perjudiciales para la salud del trabajador, no obstante, la principal dificultad que aparece inmediatamente al llevar a cabo la referida equiparación con el accidente de trabajo, reside en la fijación del momento determinante de esa enfermedad profesional del que han de derivarse, en su caso, las consecuencias económicas correspondientes.

Si la fecha en que acaece es un dato objetivo y fijo en el accidente de trabajo, en la enfermedad profesional el hecho generador de las mejoras voluntarias hay que fijarlo, siempre que sea posible, en el momento en que se produce la enfermedad profesional, de forma que en supuestos como el aquí analizado, en el que la actividad laboral realizada en ambientes de ruido para la misma empresa durante muchos años, ha originado de forma paulatina y larvada una hipoacusia neurosensorial, el hecho determinante ha de establecerse, como muy tarde y a falta de otros datos médicos, en la fecha del cese en la empresa, con independencia de que la materialización o el reconocimiento formal se produzca después de dicho cese.

Sin embargo en la sentencia recurrida se mantiene la doctrina tradicional de la objetivación de la enfermedad profesional en el momento en que se fijan sus efectos por la Entidad Gestora, la del dictamen de la UVMI, por lo que ha de entenderse que la doctrina correcta se contiene en la sentencia de contraste, que aplicó como fecha de efectos de la mejora voluntaria la del cese en la empresa, al estimar que existió un enlace directo entre la actividad en ella y la situación invalidante.

CUARTO.- Según lo razonado hasta ahora, el recurso debería haber sido estimado y, tal y como previene el artículo 226 de la Ley de Procedimiento Laboral, resolverse el debate planteado en suplicación. El problema surgiría sin embargo cuando se analiza el suplico del escrito de dicho recurso, en el que únicamente se pide la condena de la Compañía de Seguros y no de la empresa Exminesa, S.A., que debería resultar condenada al abono de la cantidad reclamada, teniendo en cuenta que debió asegurar el riesgo de enfermedad profesional de los trabajadores, de conformidad con la obligación asumida por la demandada en el artículo 19 del Convenio Colectivo de la Empresa, único precepto que se denuncia en el recurso como infringido, que supone la obligación para la empresa de suscribir una póliza de seguro de vida y accidentes, lo que en aplicación de la doctrina anterior equivale a extender la cobertura también a la contingencia de enfermedad profesional. A pesar de esa obligación, de los términos de la póliza suscrita con Swiss Life España se deduce claramente que la entidad aseguradora no debería responder de la contingencia que se examina, pues tal y como se desprende del art. 3.j de las condiciones generales de la póliza, en relación con los artículos 1, 3, 5 y 9 de las condiciones particulares, quedan excluidas de cobertura las enfermedades, incluidas expresamente las profesionales, con la única salvedad de las previstas en el referido artículo 5, referidas a supuestos muy específicos como el de enfermedad derivada de intoxicación o envenenamiento en los comedores de la empresa.

Por ello, la estimación que debería hacerse del recurso de suplicación y con él de la pretensiones de la demanda inicial, quedaría referida con carácter principal al reconocimiento del derecho que se postula al percibo de la cantidad principal indiscutida. No obstante, si nos atuviéramos a los estrictos términos del escrito de recurso de suplicación, como se dijo, resultaría que el reconocimiento de ese derecho no se proyectaría sobre ninguno de los demandados, lo cual es contrario a la doctrina sentada por esta Sala en sentencias como la de 6 de febrero de 1.997, en la que se dice que no es óbice para realizar un pronunciamiento de condena frente a la empresa el hecho de que los trabajadores no recurrieran en su momento la absolución en la sentencia de instancia de aquélla. En esa resolución se cita y se aplica (como también en supuestos similares las de 10 de mayo de 1.994, 19 de diciembre de 1.997 y 20 de julio de 1.999) la doctrina del Tribunal Constitucional contenida en la sentencia 200/1987, de 16 de diciembre, con

arreglo a la que fue contraria al artículo 24.1 de la Constitución la decisión del Tribunal Central de Trabajo que a la hora de determinar la responsable de una deuda salarial absolvió en suplicación a la única empresa condenada y no hizo pronunciamiento de condena sobre la otra, que fue absuelta en la instancia, con lo que -dice el Tribunal Constitucional-- se produjo una incongruencia omisiva, que hubo de remediarse por el referido Tribunal anulando la resolución recurrida en amparo y retrotrayendo las actuaciones al momento anterior a la resolución del recurso de suplicación para que el Órgano Judicial de suplicación se pronunciara sobre la responsable del pago de los salarios adeudados.

Por ello, nada debería impedir que la Sala, al resolver el debate de suplicación, una vez acogida la pretensión principal del reconocimiento del derecho postulada, hubiera condenado al pago de la cantidad reclamada a la empresa responsable de su abono, EXMINESA, por las razones antes apuntadas. No obstante, se debería haber rechazado la pretensión de que esa cifra se incrementara por el concepto de mora, pues el artículo 20.8º de la Ley de Contrato de Seguro, en la redacción dada por la Ley 30/1995, no resulta aplicable desde el momento en que en este caso sólo existe responsabilidad de la referida empresa derivada de un incumplimiento del Convenio Colectivo, no de un vínculo de aseguramiento achacable a la aseguradora que se pudiera incluir en el ámbito del referido precepto de la Ley de Contrato de Seguro, hasta el punto de que la "Compañía Swiss Life España, S.A." tendría que ser en todo caso absuelta de las pretensiones deducidas en su contra, por las razones antes expresadas. Tampoco podría imputarse ningún incremento por mora a la empresa EXMINESA dada la relevante circunstancia de que la doctrina tradicional de la Sala, como se ha dicho, no se decantaba en materia de mejoras voluntarias de la acción protectora de la Seguridad Social por la responsabilidad de la empresa o de las entidades aseguradoras en la forma en que ahora se resuelve, por lo que no existe un impago irrazonable o revelador de propósito dilatorio en el cumplimiento de sus obligaciones.

Madrid a 15 de Mayo de 2.000

Esta resolución ha sido suministrada por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ) y licenciada para su reutilización. Fecha de la sentencia: 15/05/2000.