

Roj: **ATS 13147/2011**Id Cendoj: **28079140012011202998**Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Social**Sede: **Madrid**Sección: **1**Fecha: **24/11/2011**Nº de Recurso: **1448/2011**

Nº de Resolución:

Procedimiento: **SOCIAL**Ponente: **MARIA LOURDES ARASTEY SAHUN**Tipo de Resolución: **Auto**

AUTO

En la Villa de Madrid, a veinticuatro de Noviembre de dos mil once.

Es Magistrada Ponente la Excm. Sra. D^a. Maria Lourdes Arastey Sahun

HECHOS

PRIMERO.- Por el Juzgado de lo Social Nº 1 de los de **Sevilla** se dictó sentencia en fecha 30 de septiembre de 2009, en el procedimiento nº 583/2008 seguido a instancia de D. Camilo contra SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES **ANTARES** S.A. y **TELEFÓNICA** DE ESPAÑA S.A.U., sobre mejora voluntaria de la seguridad social, que desestimaba la pretensión formulada.

SEGUNDO.- Dicha resolución fue recurrida en suplicación por la parte demandante, siendo dictada sentencia por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en **Sevilla**, en fecha 3 de febrero de 2011, que estimaba el recurso interpuesto y, en consecuencia revocaba la sentencia impugnada.

TERCERO.- **Por escrito de fecha 28 de abril de 2011, se formalizó por el Letrado D. Pedro Javier Casado Galán en nombre y representación de D. Camilo, recurso de casación para la unificación de doctrina contra la sentencia de la Sala de lo Social antes citada.**

CUARTO.- Esta Sala, por providencia de 22 de junio de 2011, acordó abrir el trámite de inadmisión por falta de contradicción. A tal fin se requirió a la parte recurrente para que en plazo de tres días hiciera alegaciones, lo que no efectuó. El Ministerio Fiscal emitió el preceptivo informe en el sentido de estimar procedente la inadmisión del recurso.

RAZONAMIENTOS JURIDICOS

PRIMERO.- El artículo 217 de la Ley de Procedimiento Laboral exige para la viabilidad del recurso de casación para la unificación de doctrina que exista contradicción entre la sentencia impugnada 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. Dicha 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" (sentencias, entre otras, de 7 de abril y 4 de mayo de 2005, rcud 430/2004 y 2082/2004; 25 de julio de 2007, rcud 2704/2006; 4 y 10 de octubre de 2007, rcud 586/2006 y 312/2007, 16 de noviembre de 2007, rcud 4993/2006; 8 de febrero y 10 de junio de 2008, rcud 2703/2006 y 2506/2007).

El recurrente prestó servicios para **Telefónica** hasta que en julio de 2000 firmó un contrato de prejubilación. El 14 de enero de 2008 cumplió 60 años y causó baja en la póliza del seguro colectivo suscrito por la empresa con Seguro de Vida y Pensiones **Antares** S.A. La entidad gestora declaró al recurrente en situación de incapacidad



permanente absoluta con efectos económicos del 21 de enero de 2008. La sentencia recurrida ha estimado el recurso de suplicación del actor, y por consiguiente la demanda, reconociéndole el derecho a percibir la cantidad asegurada como mejora voluntaria prevista en el convenio colectivo para la incapacidad permanente absoluta. El problema se plantea en la determinación de la fecha del hecho causante, que la sentencia opta por identificar con el momento en que quedaron consolidadas las lesiones como invalidantes e irreversibles, que fue el 4 de junio de 2007, antes en consecuencia de la fecha de efectos económicos fijados en la resolución administrativa. En el último fundamento jurídico la sentencia recurrida dice que si bien el actor no ha formulado motivo alguno referente a los intereses del art. 20 LCS, resultan improcedentes en todo caso de conformidad con el nº 8 de dicho artículo por la complejidad de la cuestión planteada y la cláusula a interpretar.

La sentencia de contraste es la de esta Sala de 14 de abril de 2010 (rcud 1813/2009) alegada para fundamentar la pretensión del presente recurso consistente en que se condene a la compañía aseguradora al pago desde la fecha de la sentencia de instancia, 30 de septiembre de 2009, del interés legal del dinero más un 50%, y transcurridos dos años desde esa fecha al interés anual del 20%. En la sentencia de contraste, que decide sobre un problema de determinación del hecho causante en materia de Seguridad Social complementaria, se da la circunstancia de que el juez de lo social estima la demanda pero su sentencia es revocada en suplicación. La Sala IV debe pronunciarse sobre el motivo de la aseguradora en relación con el pago de intereses que quedó sin resolver por el fallo desestimatorio de la demanda. El criterio doctrinal es que en supuestos polémicos, como el decidido, no se devengan intereses desde la fecha en que la aseguradora rehúsa el pago hasta la sentencia de instancia, por estar justificada jurídicamente la oposición; desde esta sentencia hasta la de suplicación y a partir de ésta en adelante se devenga el interés legal del dinero más un 50%, y transcurridos dos años desde la fecha de la sentencia de instancia el interés anual será del 20%.

En el supuesto de la sentencia recurrida el problema se plantea por el anexo que las partes -aseguradora y tomador- firman el 27 de septiembre de 2007 denominado «interpretación que las partes contratantes han venido realizando respecto de dicha contingencia», señalando a continuación que el hecho causante de la indemnización por el riesgo de la incapacidad permanente absoluta es la resolución administrativa o judicial que declara al asegurado en ese grado de invalidez. Asimismo interpretan que lo determinante no es la fecha del accidente o de la enfermedad, sino la fecha de efectos jurídicos o económicos fijados en la resolución administrativa o judicial. A partir de ahí, la sentencia recurrida entiende que ese pacto limita los derechos del asegurado, pues antes de firmarse se venía admitiendo la aplicación de la normativa de Seguridad Social, que remite como regla general al dictamen de la UVM para fijar el hecho causante, y excepcionalmente al momento en que las dolencias aparecen fijadas como definitivas e invalidantes. En definitiva, fundamenta su decisión en que la denominada «interpretación» de la póliza implica una verdadera modificación del contrato de seguro en perjuicio del asegurado, además de afirmar que, según el convenio colectivo, la empresa no puede modificar los términos del seguro y debe limitarse a pagar las primas. Textualmente, la Sala dice que «(...) tal cobertura no puede limitarse por el cauce de una particular interpretación, que excluye del ámbito del seguro la normativa de la Seguridad Social básica en esta materia, que desde la firma de la primera póliza venía aplicándose ante el vacío existente en la misma (y en el Convenio) por inespecificación del hecho causante».

La sentencia de contraste discute la fecha en que se entiende causada una prestación de incapacidad permanente total derivada de enfermedad común, cuya mejora voluntaria rehúsa pagar la aseguradora al haberse rescindido el contrato anteriormente por falta de pago de las primas. Y la polémica que la Sala advierte en la controversia se refleja en el no abono de intereses entre la fecha de negativa al pago y aquella en que se dicta la sentencia de instancia. Por lo tanto, puede afirmarse que los supuestos de hecho de las sentencias comparadas no son los mismos por plantearse la controversia en distintos términos a los efectos del art. 20.8 LCS, lo cual valora cada Sala en un sentido: para la sentencia recurrida está justificada la no imposición de intereses teniendo en cuenta la complejidad de la cláusula examinada, mientras que para la sentencia de contraste se deben desde la fecha en que se dicta la sentencia de instancia que estimó la demanda, aplicando el apartado 8 de dicho artículo al periodo ya indicado por la razonable oposición de la aseguradora, sin que en este caso sea objeto de debate la interpretación del anexo pactado entre las partes suscriptoras del seguro en la sentencia recurrida.

SEGUNDO.- De conformidad con el informe del Ministerio Fiscal procede inadmitir el presente recurso de casación para la unificación de doctrina, sin imposición de costas por tener la parte recurrente reconocido el beneficio de justicia gratuita.

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

LA SALA ACUERDA:



Declarar la inadmisión del recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por el Letrado D. Pedro Javier Casado Galán, en nombre y representación de D. Camilo contra la sentencia dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Sevilla de fecha 3 de febrero de 2011, en el recurso de suplicación número 143/2010, interpuesto por D. Camilo, frente a la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº 1 de los de Sevilla de fecha 30 de septiembre de 2009, en el procedimiento nº 583/2008 seguido a instancia de D. Camilo contra SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES S.A. y TELEFÓNICA DE ESPAÑA S.A.U., sobre mejora voluntaria de la seguridad social.

Se declara la firmeza de la sentencia recurrida, sin imposición de costas a la parte recurrente.

Contra este auto no cabe recurso alguno.

Devuélvanse los autos de instancia y el rollo de suplicación a la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de procedencia con certificación de esta resolución y comunicación.

Así lo acordamos, mandamos y firmamos.