

En Logroño, a 27 de marzo 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 Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Enrique de la Iglesia Palacios, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

19/17

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud sobre el *Proyecto de Convenio marco de asistencia sanitaria pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2017/2020 entre el SERIS, el Consorcio de Compensación de Seguros y UNESPA, especialmente en cuanto a las cláusulas de transacción y arbitraje que incorpora.*

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 derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2017/2020, que consta de la siguiente documentación.

-Memoria justificativa, de 17 de enero de 2017, del Jefe del Servicio de Presupuesto, subvenciones y programación de la Consejería.

-Borrador del Convenio Marco, que contiene siete estipulaciones, relativas, respectivamente, a su "Objeto" y vigencia; a los "hechos sujetos" al Convenio y a la "determinación del obligado al pago"; a las "normas de procedimiento"; a la "Comisión de vigilancia y arbitraje"; a la "publicidad y comunicaciones"; a la "Comisión paritaria"; y a las "altas y bajas". El Convenio consta también de una estipulación final, un índice y seis Anexos (Condiciones económicas, modelo de parte de asistencia, modelos de parte de asistencia informativa, modelo de declaración responsable, relación de centros asistenciales y relación de entidades adheridas a UNESPA), de los que sólo obran en el expediente los tres primeros.

-Oficio de la Ilma. Sra. Secretaria General Técnica de la Consejería, de 18 de enero de 2017, por el que se solicita informe de los Servicios Jurídicos del Gobierno de La Rioja.

-Informe del Servicio Jurídico, de 2 de febrero de 2017, que, en lo esencial, informa favorablemente el borrador de Convenio marco, si bien advierte la necesidad de recabar el dictamen preceptivo del Consejo Consultivo de La Rioja al amparo del art. 11.h) de su Ley reguladora 3/2001, de 31 de mayo.

-Informe del Jefe del Servicio de Asesoramiento y normativa de la Consejería de Salud, que no considera preceptivo el informe del Consejo Consultivo.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 14 de febrero de 2017, y registrado de entrada en este Consejo ese mismo día, 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 firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 14 de febrero 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. El contenido del expediente remitido a este Consejo pone de manifiesto que la razón que ha movido a la Consejería consultante a recabar nuestro dictamen radica, precisamente, en las dudas suscitadas sobre si resulta o no preceptiva la intervención del Consejo Consultivo con carácter previo a la suscripción, por la Comunidad Autónoma de La Rioja, del Convenio marco de asistencia sanitaria.

En efecto, los Servicios Jurídicos del Gobierno de La Rioja, en su informe de 2 de febrero de 2017, han sostenido que la adhesión al Convenio marco debería venir precedida de su sometimiento al dictamen al Consejo Consultivo de La Rioja; conclusión de la que discrepa el Servicio de Asesoramiento y Normativa de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud.

Cumple, por tanto, analizar, en primer lugar, el carácter de este dictamen y la naturaleza de la intervención que el Consejo Consultivo ha de realizar mediante su emisión.

2. 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”.

Esta previsión se reproduce, con igual tenor literal, 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.

A su vez, el art. 9.3 de la Ley 11/2013, de 21 de octubre, de Hacienda Pública de La Rioja (LHPR) dispone que:

“3. 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”.

Por tanto, con las salvedades establecidas en el precepto transcrito, el sometimiento a arbitraje de contiendas que se susciten respecto a los derechos de la Hacienda pública requiere el Acuerdo del Consejo de Gobierno, previo dictamen del Consejo Consultivo.

Puede afirmarse ya -pues parece cosa evidente- que las salvedades a las que se refiere el art. 9.3 LHPR no guardan ninguna relación con los supuestos que podrían plantearse en aplicación del Convenio analizado, pues esas excepciones se refieren: i) a los acuerdos alcanzados en procedimientos concursales, con arreglo a la Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal; y ii) a los acuerdos formalizados en un procedimiento de mediación judicial en el ámbito contencioso administrativo.

A partir de ahí, por tanto, habremos de examinar, primero, si el Convenio marco afecta a bienes y derechos de la Hacienda pública; y, segundo, si su aprobación entrañaría el sometimiento a arbitraje de esos derechos.

Abordamos estos extremos en los dos siguientes apartados.

3. Un análisis adecuado de la primera cuestión requiere partir del art. 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), a cuyo tenor:

“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. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes. A estos efectos, 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”.

El precepto citado tiene la condición de básico, al amparo del art. 149.1.16 CE, conforme indica el art. 2 de la propia LGS.

Por otro lado, 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 y el procedimiento para su actualización, establece que:

“Conforme a lo señalado en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad, en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, y demás disposiciones que resulten de aplicación, 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”.

Actualmente, la referencia hecha a la DA 22ª del Texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por RD Leg. 1/1994, de 20 de junio (TRLGSS´94) debe entenderse realizada a la DA 10ª del vigente RD Leg. 8/2015, de 30 de octubre (TRLGSS´15), que, al igual que hacía la DA 22ª TRLGSS´94, establece que estos ingresos no tendrán la naturaleza de recursos de la Seguridad Social.

El Anexo IX del RD 1030/2006 determina el alcance de la asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago y establece 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”*, en los casos que el Anexo indica.

Por su parte, 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”*.

Como es de ver, el art. 83 LGS prevé que los Servicios de Salud sean resarcidos, no sólo cuando existan seguros obligatorios especiales, sino, en general, *“en todos los supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago”*. Por tanto, también cuando la asistencia sanitaria se haya prestado en virtud de un seguro voluntario.

El perjudicado por un siniestro de circulación tiene derecho a la correspondiente asistencia sanitaria. Y así, el art. 8.3 TRLRCS'04 (incluido dentro del Capítulo III del Título I, rubricado *“satisfacción de la indemnización en el ámbito del seguro obligatorio”*) dispone que:

“Para agilizar la asistencia a los lesionados de tráfico, el asegurador podrá adherirse a los convenios sectoriales de asistencia sanitaria para lesionados de tráfico así como a convenios de indemnización directa de daños personales”.

Conforme al art. 55 TRLRCS'04, por asistencia sanitaria se entiende:

“La prestación de servicios médicos, hospitalarios, farmacéuticos, así como las prestaciones complementarias que se requieran para el diagnóstico o tratamiento de las lesiones y el transporte necesario para poder prestar la asistencia. A menos que sea objeto de una partida resarcitoria específica, se entiende que también incluye la prestación de servicios de rehabilitación”.

Este concepto se extiende también a la asistencia sanitaria futura, en los términos que resultan del art. 113 TRLRCS'04. Por otra parte, se asimilan, a los gastos de asistencia sanitaria, *“los relativos a los desplazamientos que el lesionado realice con ocasión de la asistencia sanitaria de sus lesiones temporales”*. Y, además, el perjudicado tiene derecho a ser resarcido del importe de las *“prótesis, ortoprótesis, ayudas técnicas y productos de apoyo para la autonomía personal que, por prescripción facultativa, necesite el lesionado, hasta el final del proceso curativo o estabilización de la lesión y su conversión en secuela, siempre que se justifiquen debidamente y sean médicamente razonables en atención a la lesión sufrida y a sus circunstancias”* (art. 141.1 TRLRCS'04).

Pues bien, el art. 141.2 TRLRCS'04 dispone que *“las entidades aseguradoras podrán pagar directamente a los Centros sanitarios los gastos de asistencia sanitaria y, en su caso, los demás gastos previstos en el apartado anterior* (art. 141.1 TRLRCS'04),

mediante la firma de convenios sanitarios". A través de estos Convenios, también podrá articularse el resarcimiento de los gastos de asistencia sanitaria futura, pues estos gastos *"serán abonados por las entidades aseguradoras a los Servicios públicos de Salud conforme a la legislación vigente y los convenios o acuerdos suscritos"* (art. 114.1 TRLRCS'04).

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 las disposiciones transcritas, se desprende 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 que **iv)** 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 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"*.

En este punto, es obligado recordar 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). Por otra parte, 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.

4. Tampoco parece discutible que la suscripción del Convenio marco entrañaría, 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 prestada en el ámbito de la sanidad pública, a lesionados por hechos de circulación*” (Estipulación 1ª) y sus estipulaciones serán de aplicación “*al seguro obligatorio voluntario y complementario a los mismos*” (Estipulación 2ª).

El Convenio Marco regula los criterios para determinar quién es el obligado al pago y, por ello, qué entidad aseguradora ha de satisfacer los gastos de asistencia sanitaria (Estipulación 2ª); así como el procedimiento para que los Centros sanitarios reclamen de las entidades aseguradoras el importe de los servicios que hayan prestado (Estipulación 3ª).

En síntesis, ese procedimiento prevé la remisión, por los Centros, a las Aseguradoras de un parte de asistencia y de la factura correspondiente. Las Aseguradoras, a su vez, podrán, además de solicitar las oportunas aclaraciones, aceptar los gastos sanitarios cuyo resarcimiento se les exige, o rechazarlos total o parcialmente, por las causas establecidas en la Estipulación 3ª.3. Entre ellas, aunque no solamente, por no estar el siniestro comprendido dentro del ámbito del Convenio Marco; por no hallarse asegurado el vehículo causante del daño; por considerar que no están obligadas al pago; por falta de acuerdo sobre el contenido e importe de las facturas; o por transcurso de los plazos de prescripción, entre otras.

Pues bien, para aquellos casos en que se susciten discrepancias entre las entidades aseguradoras y los Centros sanitarios, la Estipulación 4ª.1 prevé la constitución de una Comisión de Vigilancia y Arbitraje (CVA), con objeto de “*resolver cuantas situaciones puedan suscitarse en el seguimiento o interpretación de este Convenio, 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 4ª.1). Al mismo tiempo, se constituirán Subcomisiones, del ámbito territorial correspondiente a cada Servicio de Salud, con un máximo de cuatro representantes por cada una de las partes firmantes. En el caso de la Subcomisión territorial correspondiente a La Rioja, con arreglo al Convenio, estaría compuesta por hasta cuatro representantes del SERIS, además de cuatro del CCS y otros cuatro de UNESPA.

Entre las funciones de la CVA (y también de las Subcomisiones, por delegación de la CVA), se encuentra la de *“dirimir los desacuerdos existentes entre las partes firmantes y sus representadas, solamente los surgidos entre las entidades aseguradoras y los Centros sanitarios”*. (Estipulación 4ª.2.2). 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 partidas, a la Subcomisión Territorial, la cual resolverá o dará traslado del asunto a la Comisión Nacional para que resuelva (...)”.

Las Resoluciones de la Comisión y de la Subcomisión, que se adoptarán, *“en todo caso, por unanimidad... con la consideración y carácter de laudo y finalizadoras del procedimiento a los efectos de la legislación vigente”* (Estipulación 4ª.3), enfatizando la Estipulación 4ª.1 que *“las Resoluciones de la Comisión y Subcomisiones serán de obligado cumplimiento para las partes”*.

De forma coherente con lo expuesto hasta ahora, el Convenio Marco establece que *“no se podrá acudir a procedimientos administrativos, judiciales, de ejecución, o de cualquier otro tipo ajeno a lo regulado en este Convenio”*. Por otra parte, la CVA y las Subcomisiones deberán resolver los asuntos que se les sometan en el plazo máximo de seis meses desde que los reciban. Transcurrido ese plazo sin dictar un pronunciamiento expreso –y sin que esos órganos justifiquen expresamente la falta de resolución– 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 4ª.3).

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 más de seis 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, 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 la Subcomisión territorial 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.

5. 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*”.

El dictamen resulta, así, preceptivo, al abrigo del artículo señalado y de los arts. 11, h), de la Ley 3/2001, y 12.2, H), del Decreto 8/2002; y el Consejo debe emitirlo con tal carácter, como así hace, en el sentido que se expondrá en el siguiente Fundamento de Derecho.

6. Por lo demás, el art. 9.3 LHPR contiene unas exigencias formales o *de procedimiento*, sobre las que este Consejo considera 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; finalidad que bien podría satisfacerse mediante la figura de la propuesta conjunta de ambas Consejerías, 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). Y ello sin perjuicio de la virtualidad sanadora que, en cualquier caso, habrá de tener la posterior –y superior- intervención del propio Consejo de Gobierno.

B) En relación con la *forma que ha de adoptar el Acuerdo* al que se refiere el art. 9.3 LHPLR, 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.

En efecto, como bien advierte el Servicio de Presupuestos, Subvenciones y Programación en su Memoria de 17 de enero de 2017, 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*”.

Este precepto, por lo demás, es congruente con el art. 42.1.k) de la Ley 8/2003, cuyo tenor reproduce.

Segundo

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

1. 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. Centrándonos en el caso que nos ocupa, 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 SERIS obtenga de las entidades aseguradoras el resarcimiento de los gastos realizados por él en la asistencia sanitaria 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 favorable de todos sus miembros.

3. Pues bien, 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 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 2017 a 2020), 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 2020, 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 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 la procedencia misma de la reclamación.

Debe repararse, al respecto, en que las causas que la Compañía aseguradora puede oponer a la reclamación son tasadas, conforme resulta de la Estipulación 3ª.3 del Convenio. Por otro lado, la constatación de la efectiva concurrencia de esas causas de oposición (piénsese en la falta de aseguramiento del vehículo, la falta de responsabilidad del tercero causante del daño, o la prescripción de la reclamación) no parece, en principio, susceptible de generar, de modo sistemático y en la mayoría de los casos que pueden plantearse en la práctica, grandes dudas interpretativas o problemas de calificación. 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 4ª.3). Y ello, tanto si ese órgano es la CVA, como si esas funciones se delegan en la Subcomisión Territorial correspondiente al ámbito territorial del SERIS.

Así, como quiera 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 propio SERIS (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 seis meses –salvo que el órgano arbitral justifique adecuadamente la demora- las partes (en particular, el SERIS), podrá 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.

En este sentido, por ejemplo, se manifestó el Consejo Consultivo de Castilla y León en su Dictamen núm. 538/2004, de 11 de noviembre, al analizar un Convenio cuyas cláusulas eran de contenido muy semejante a las del ahora examinado.

E) Para concluir, es necesario subrayar que, como indica el Servicio de Asesoramiento y Normativa de la Consejería consultante, en su informe de 8-2-2017, este Convenio marco, lejos de constituir una novedad o de ser el primero que suscribe la Comunidad Autónoma, no hace sino dar continuidad a un sistema ya ampliamente consolidado en la Sanidad española, en general, y en el SERIS, en particular.

Y es que, desde hace años, tanto el INSALUD como los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas han venido celebrando, con el CCS y UNESPA, Convenios marco de asistencia sanitaria cuyo contenido es sustancialmente idéntico al que es objeto de este dictamen. A título de meros ejemplos, pueden citarse el Convenio marco de asistencia sanitaria celebrado entre el CCS, UNESPA y diversas Instituciones sanitarias públicas, entre ellas el INSALUD, para 1990 (BOE de 26 de enero de 1990).

Nuestra Comunidad Autónoma, que ha asumido estatutariamente las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene (arts. 9.5 EAR'99), así como la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (art. 11.1.14 EAR'99); y a la que le fueron traspasados, con efectos de 1 de enero de 2002, las funciones y servicios del INSALUD (RD 1473/2001, de 27 de diciembre); ha venido, desde esa fecha, celebrando periódicamente Convenios muy parecidos al que pretende ahora suscribirse. Por ejemplo, actualmente se halla en vigor el Convenio formalizado el 20 de mayo de 2014, para el periodo 2014-2016, de igual nombre que el proyectado ahora; que, a su vez, sustituyó al concertado, para el año 2013, en fecha 21-3-2013 (BOR de 29 de abril de 2013).

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, 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. El Servicio de Asesoramiento y Normativa de la Consejería de Salud, en su informe de 8 de febrero de 2017, plantea, a la vista de las consideraciones de los Servicios Jurídicos, si “*cada vez que se haga una transacción en un siniestro concreto, debe someterse al mismo procedimiento (dictamen del CCR, más acuerdo del Consejo de Gobierno); o si esta autorización del Convenio convalidaría ya cualquier transacción que se haga durante la vigencia del mismo*”.

A criterio de este Consejo, es 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 pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2017/2020 pública 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

La cláusula de sometimiento a arbitraje se considera ajustada a Derecho y adecuada 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