

TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO DE GASTOS SANITARIOS. DERECHO DE LA ADMINISTRACIÓN A RECLAMAR EL COSTE

Nuria Portell Salom
Broseta Abogados, S.L.P.

SUMARIO: 1. Planteamiento general. 2. Supuestos susceptibles de cobro frente a terceros: 2.1. Servicios sanitarios prestados a internos en centros penitenciarios; 2.2. Servicios sanitarios prestados a pacientes que tienen contratado un seguro privado de carácter voluntario; 2.3. Servicios sanitarios prestados a pacientes que tienen contratado un seguro privado de carácter obligatorio; 2.4. Servicios sanitarios prestados a mutualistas. **3. Conclusiones. 4. Bibliografía.**

1. PLANTEAMIENTO GENERAL

El sistema nacional de salud es, por configuración legal, un sistema universal que afecta y genera derechos prestacionales para el conjunto de los ciudadanos. Es cierto, sin embargo, que el derecho a la universalidad prestacional no debe confundirse con la posibilidad de la Administración Sanitaria de exigir a terceros la exacción del coste de los gastos sanitarios prestados en función de la citada universalización prestacional.

La posibilidad de la Administración Sanitaria de reclamar a un tercero obligado al pago los gastos en los que ha incurrido por la prestación de asistencia sanitaria plantea en la práctica numerosos problemas.

La finalidad de este artículo es exponer la normativa de aplicación y algunas de las soluciones que ha ido ofreciendo la jurisprudencia.

Para ello, debemos partir de lo previsto en el artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, “LGS”).

En el referido precepto se regula el derecho de las Administraciones Públicas que hubieran atendido a determinados pacientes a reclamar del tercero responsable el coste de la correspondiente asistencia sanitaria. Concretamente, los supuestos que según el mencionado artículo dan derecho al reintegro del gasto sanitario son los dos siguientes: i) todos aquellos en los que hay un seguro obligatorio especial; ii) y todos aquellos en los que aparece un tercero obligado al pago.

Según el artículo 83 de la 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. 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”.

De la lectura del precepto transcrito resulta necesario, de forma previa, detenernos en el análisis de la expresión “*asistencia sanitaria*”.

Se puede definir la asistencia sanitaria como la prestación de los servicios médicos, farmacéuticos y complementarios necesarios para conservar o restablecer la salud de los titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

Según el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, tras la modificación operada por el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria:

1. Las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español;
2. Y las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.

Ahora bien, para hacer efectivo el derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, las personas indicadas deben encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.

- b) Tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

- c) Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

Finalmente, el artículo 3 ter de la Ley 16/2003 también reconoce derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria a un tercer colectivo: las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España. La citada asistencia será con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos:

- a) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable.
- b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.
- c) No existir un tercero obligado al pago.

Una vez expuesto quienes son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, es necesario indicar que los usuarios que no están incluidos en ninguna de las categorías anteriormente apuntadas, tendrán igualmente derecho a la asistencia sanitaria, si bien tendrán la consideración de pacientes privados y la atención que se les preste no será gratuita.

Así, según el artículo 16 de la LGS, las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se accede a los mismos. En consecuencia, indica el referido precepto, los usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, así como las personas no incluidas en la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social sin recursos, podrán acceder a los servicios sanitarios en la consideración de pacientes privados de acuerdo con los criterios que en el propio precepto se indican.

Uno de estos criterios es el recogido en el artículo 16.3, según el cual la facturación por la atención

de estos pacientes será efectuada por las respectivas administraciones de los Centros, tomando como base los costes efectivos. Estos ingresos tendrán la condición de propios de los Servicios de Salud. En ningún caso estos ingresos podrán revertir directamente en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes.

2. SUPUESTOS SUSCEPTIBLES DE COBRO FRENTE A TERCEROS

De entre los pacientes privados que tienen derecho a la asistencia sanitaria pero a los que hay que repercutirles el coste del servicio en los términos apuntados, vamos a centrarnos en aquellos supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos casos en que aparezca un tercero obligado al pago, independientemente de que el paciente sea asegurado o no.

En estos casos, la reclamación del coste de la asistencia sanitaria se fundamenta en el ya comentado artículo 83 de la LGS y también en la disposición adicional décima del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, según la cual no tendrán la naturaleza de recursos de la Seguridad Social los ingresos a los que se refiere el artículo 16.3 y 83 de la LGS.

Para determinar los supuestos concretos en los que puede reclamarse el cobro a un tercero, hay que estar a lo previsto en el Anexo IX 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.

Según el indicado Anexo, los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones y prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido el transporte sanitario, la atención de urgencia, la atención especializada, la atención primaria, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las prestaciones con productos dietéticos y la rehabilitación, en los siguientes supuestos:

1. Asegurados o beneficiarios del sistema de Seguridad Social pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Mutualidad General Judicial o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que no hayan sido

adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

2. Asegurados o beneficiarios de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.

3. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina.

4. Seguros obligatorios:

- a) Seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales.
- b) Seguro obligatorio de vehículos de motor.
- c) Seguro obligatorio de viajeros.
- d) Seguro obligatorio de caza.
- e) Cualquier otro seguro obligatorio.

5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades.

Se reclamará el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente.

6. Ciudadanos extranjeros:

- a) Asegurados o beneficiarios de un Estado miembro de la Unión Europea, de Espacio Económico Europeo y Suiza, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.

- b) Asegurados o beneficiarios de otros países extranjeros, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social suscritos por España.

7. Otros obligados al pago

- a) Accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos en caso de que se haya suscrito contrato de seguro de accidentes de responsabilidad civil que cubra las contingencias derivadas de estas actividades.

- b) Seguro escolar.

c) Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes.

La jurisprudencia ha tenido ocasión de pronunciarse sobre en qué situaciones y bajo qué condiciones procede que los centros reclamen a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones y prestaciones sanitarias por aquéllas prestadas.

A continuación, y sin ánimo exhaustivo, vamos a exponer algunos de los supuestos que la jurisprudencia ha ido abordando con la finalidad de recoger los criterios que en estos casos deberían tenerse en consideración.

2.1. Servicios sanitarios prestados a internos en centros penitenciarios

Jurisprudencialmente se ha debatido a qué Administración, si a la sanitaria o a la penitenciaria, le corresponde asumir el coste generado por la prestación de servicios de naturaleza sanitaria a personas que se encuentran internadas en un centro penitenciario.

Al respecto, el Tribunal Supremo ha entendido que es la Administración Penitenciaria quien debe satisfacer los referidos costes y ello aunque tales internos sean beneficiarios, afiliados o asegurados del Sistema Nacional de Salud.

Según las Sentencias números 222/2019 y 223/2019, ambas de 21 de febrero y dictadas por la Sección 2ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (RJ\2019\616 y RJ\2019\673, respectivamente):

- La protección integral de la salud del interno es un deber que se impone a la Administración Penitenciaria, a cuyo cargo tiene una persona vinculada a ella por una evidente relación de sujeción especial; relación que no se rompe por su hospitalización externa o por su tratamiento fuera de la prisión.
- No hay ningún precepto normativo que disponga que el coste de la asistencia sanitaria cuando es dispensada a los presos fuera del establecimiento y por medios ajenos a la institución penitenciaria deba ser sufragado por el titular de la institución sanitaria que presta dicho servicio.

- El artículo 207, del Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (en adelante, “el Reglamento Penitenciario”), dispone que la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias formalizarán los correspondientes convenios de colaboración en los que se definirá la financiación a cargo de la Administración Penitenciaria de la asistencia, mediante el pago de la parte proporcional, según la población reclusa, de los créditos fijados para estas atenciones, para cuyo cálculo se tendrán en cuenta el número de internos afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita.

Ahora bien, no existiendo en el momento en que se enjuiciaron los hechos convenio entre las Administraciones implicadas en los supuestos objeto de las Sentencias, esto es, la Comunidad de Madrid y el Ministerio del Interior que es de quien dependen los centros penitenciarios, en un caso, y la Comunidad Autónoma de Andalucía y el Ministerio del Interior, en el otro, no puede suplirse esta inactividad acudiendo a la vía judicial para que sea ésta la que suplante la omisión de la promoción de actividad tendente a lograr convenios de colaboración que implican acuerdos entre la Administración del Estado y una o varias Comunidades Autónomas.

En cualquier caso, si el Reglamento hubiera querido que el gasto fuera ajeno a la Administración Penitenciaria no hubiera llamado al Convenio para fijar una retribución a cargo de ésta.

- Finalmente, los artículos 208 y 209 del citado Reglamento Penitenciario disponen que las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias, en el caso de la atención primaria; y, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud, en el caso de la atención especializada.

Ahora bien, indica la Sala que los referidos preceptos no establecen diferencia alguna en relación al abono de los gastos derivados de la asistencia de una u otra clase. Según indica la Sentencia, de los artículos citados no se puede concluir que sólo le corresponda al Estado asumir el coste de la atención primaria, pues es una obligación de la Administración Penitenciaria prestar tanto ésta como la asistencia especializada.

Apuntar, en cualquier caso, que el propio Tribunal Supremo ha puesto de manifiesto en las Sentencias comentadas que la controversia no está exenta de cierta complejidad, como lo demuestra el hecho de que existan distintas posturas adoptadas por los tribunales sobre este tema, seguramente, indica, porque ambos criterios, esto es, que el coste lo asuma la Administración Penitenciaria o la Sanitaria, cuentan con argumentos perfectamente defendibles.

De hecho, ambas Sentencias cuentan con el voto particular que formula el Magistrado don Nicolás Maurandi Guillén, el cual disiente del fallo de ambas Sentencias al considerar que el coste de la asistencia prestada a internos de establecimientos penitenciarios que tienen la condición de afiliados y beneficiarios en el Régimen General de la Seguridad Social debe ser asumido por la Administración Sanitaria y no por la Administración Penitenciaria. Cuestión diferente es que los internos no tengan la condición de afiliados y beneficiarios en el indicado Régimen, en cuyo caso la Administración Penitenciaria tendrá la condición de usuario privado indirecto del Sistema Nacional de Salud y, en consecuencia, el correspondiente Servicio de Salud podrá exigir y facturar el importe de la asistencia dispensada.

Las Sentencias analizadas resultan interesantes no sólo por la complejidad del tema que en las mismas se aborda y las distintas posturas que han defendido los Tribunales, sino también por el hecho de que en ellas se analiza el reintegro de gastos de asistencia sanitaria entre dos Administraciones, cuando en la mayoría de los supuestos se analizan supuestos en los que el reintegro se plantea entre la Administración Sanitaria y una entidad privada.

Esto hace que en las referidas Sentencias, para poder fallar, deban tenerse en cuenta cuestiones tan singulares como de quién es la competencia para proteger la salud del paciente al que se le ha prestado asistencia y de qué Administración depende éste.

En los casos analizados en las Sentencias que se han comentado, además de todas estas cuestiones también se ha tenido en cuenta el Reglamento Penitenciario y, concretamente, el que no hubiera convenio formalizado entre la Administración Sanitaria y la Administración Penitenciaria y el que no pueda hacerse diferencia alguna entre atención primaria y asistencia especializada en este aspecto.

2.2 Servicios sanitarios prestados a pacientes que tienen contratado un seguro privado de carácter voluntario

Son muchos los pronunciamientos judiciales en relación a cuestiones que se plantean en los supuestos en los que concurre un seguro privado de asistencia sanitaria y, a la vez, el asegurado es afiliado al Sistema de la Seguridad Social. Veamos a continuación algunos de ellos:

- Una de las cuestiones que se ha debatido por los Tribunales es quien debe asumir el coste de la asistencia sanitaria en aquellos casos en los que un paciente, que tiene la condición de beneficiario del Sistema público de Salud y, al mismo tiempo, tiene concertada una póliza de asistencia sanitaria, acude a la correspondiente clínica privada para ser tratado por cuenta de la aseguradora, si bien los facultativos de la clínica derivan al paciente a la sanidad pública ante la grave situación y necesidad del paciente, no pudiéndose prestar la asistencia en ningún otro centro de la aseguradora y estando el servicio y tratamiento prestado dentro de la cobertura de asistencia hospitalaria contratada.

Las Sentencias números 329/2017, de 19 de julio, 239/2017, de 2 de junio y 341/2018, de 17 de septiembre, todas ellas de la Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Girona (JUR\2018\11319, JUR\2017\266729 y JUR\2018\251661, respectivamente), indican que a la hora de reconocer a las Administraciones Públicas el derecho a reclamar los gastos por servicios sanitarios, se habla de tercero responsable, debiendo entender esta expresión “*en el sentido de que exista una persona, distinta del asistido, con obligación de soportar el costo de la prestación sanitaria y en este tipo de actuaciones no cabe aplicar restricciones al asegurado que pudieran derivarse de las condiciones contractuales a la hora de la definición de la urgencia de forma restrictiva, y sin que conste objeción; ni consta como hemos referido de la existencia de centros concertados con la demanda donde se le pudieran prestar dichos servicios*”.

Continúan argumentando las indicadas Sentencias, en referencia a la Sentencia de la Audiencia Provincial de Baleares, de 8 de julio de 2002, que “*los servicios públicos de salud pueden reclamar las prestaciones sanitarias por ellos efectuadas de cualquier tercer obligado al pago, expresión amplia que viene a señalar que, siempre que existe*

una persona o entidad que legal o reglamentariamente o por virtud de contrato o, incluso, por responsabilidad extracontractual, deba asumir el pago, subsiste la facultad de reclamación, sin que sea causa legalmente excluyente que el paciente resulte ser afiliado a la Seguridad Social, pues en dichos supuestos los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financian con los ingresos de la Seguridad Social ni con los fondos comunes de los Presupuestos Generales del Estado, adscritos a la sanidad, sino que resultan ser a cargo de los terceros responsables u obligados al pago, aunque dicha obligación de pago por el tercero, pues, su origen fundamental en la Ley y seguramente su finalidad responde a la voluntad legal de no destinar fondos adscritos a la sanidad pública cuando las prestaciones sanitarias correspondientes están ya cubiertas por otros mecanismos, ya públicos o privados”.

Tras ello, las comentadas Sentencias concluyen que en los casos objeto de autos la sanidad pública tiene derecho a repercutir el importe del servicio dispensado a la compañía de seguros, habida cuenta que éste habría de haber sido prestado por la aseguradora médica, que la asistencia proporcionada al paciente está cubierta por el seguro de enfermedad y que la derivación al centro público no ha sido una elección del paciente.

De forma más concreta se pronuncia sobre esta cuestión la reciente Sentencia número 170/2019, de 13 de febrero, de la Sección 2ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (RJ\2019\452), que resuelve el caso de a quién corresponde abonar los costes por los servicios sanitarios prestados por la Administración a dos pacientes con seguro privado, si a la compañía aseguradora o si al Servicio Galego de Saúde, como consecuencia del traslado acordado por los médicos del centro de salud privado al Hospital público.

El Tribunal Supremo, en la indicada Sentencia, concluye que es la compañía aseguradora y no la Administración la que debe asumir el coste de la asistencia sanitaria prestada por ésta. Y ello en base a los siguientes razonamientos:

- A los servicios sanitarios pueden acceder usuarios con derecho a la asistencia sanitaria de los Servicios de Salud y usuarios sin derecho a esta asistencia, los cuales acceden con la condición de pacientes privados.

- A estos pacientes privados del Sistema Nacional de Salud se les puede facturar la atención que hayan recibido.

- La condición de usuario privado del Sistema Nacional de Salud que ha de soportar la facturación por la atención recibida corresponde a todo sujeto que resulte beneficiario de los servicios prestados por la Administración.

- En este sentido, cabe hablar de un usuario directo, que es quien directamente recibe la atención sanitaria; y de un usuario indirecto, que es la entidad privada que asume el compromiso de prestarle asistencia a este usuario directo si bien, ante la dificultad de poder atenderlo, deriva al paciente a un centro público solicitándole que lo sustituya en el cumplimiento de su compromiso frente al paciente.

- La obligación de pago de estos llamados usuarios indirectos puede resultar de cualquiera de los títulos que enumera el Anexo IX del anteriormente citado Real Decreto 1030/2006, siendo uno de ellos el contemplado en el apartado 7.c), el cual entiende que son obligados al pago aquellos que estén en un supuesto según el cual, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las correspondientes entidades o terceros.

- Como conclusión de lo anterior, entiende la Sala que el coste de las atenciones sanitarias podrá ser reclamado no sólo a los usuarios que hayan solicitado recibir asistencia sanitaria y la hayan recibido; sino también a los usuarios indirectos del Sistema Nacional de Salud en los términos descritos, los cuales son terceros obligados al pago en virtud del apartado 7.c).

- Por todo ello, en el caso enjuiciado, concluye la Sala que corresponde asumir el coste de la asistencia sanitaria prestada a la compañía aseguradora, habida cuenta, por una parte, que la clínica privada a la que acuden los pacientes para ser tratados no manifestó que la asistencia requerida no tenía cobertura en la póliza de seguro y, por otra parte, que fue la clínica privada la que trasladó a los pacientes a un centro público ante la imposibilidad de prestar esa asistencia. La aseguradora es, en este caso, un usuario privado indirecto y en ella concurre la condición de tercero obligado al pago.

- Los Tribunales también han dictaminado a quien le corresponde asumir el coste de la asistencia sanitaria prestada a un neonato cuando era la madre la que tenía concertado un seguro privado de asistencia médica.

En concreto, en la Sentencia número 662/2002, de 28 de noviembre, de la Sección 5ª de la Audiencia Provincial de las Islas Baleares (JUR\2003\73041) se plantea el supuesto de a quien, si al Instituto Balear de Salud o al seguro privado, le corresponde asumir los gastos de asistencia médica y hospitalaria de un neonato cuando la madre, que tenía concertado un seguro privado, acudió a la sanidad privada si bien los facultativos, por el delicado estado de salud del menor, consideraron conveniente trasladarlo a un hospital público.

En este caso, la aseguradora se hizo cargo del coste de los quince primeros días de asistencia, si bien se negó al pago de los restantes dado que la madre no dio de alta en la póliza al recién nacido.

La Sentencia indica que para que el seguro privado asuma los costes de la asistencia médica prestada al menor, éste tendría que haber estado incorporado a la póliza durante el tiempo en el que se le prestó tratamiento en el Hospital público; y ello en tanto en cuanto el artículo 103 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, “LCS”), dispone que: *“Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurador, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente”*.

Ahora bien, seguidamente indica la Sentencia que las condiciones generales o particulares de la póliza eran muy imprecisas en el punto relativo a los casos en que se ha prestado asistencia al menor. Por todo ello, la Sentencia considera que las imprecisiones y lagunas no pueden beneficiar a la entidad aseguradora, sino al asegurado.

A la vista de todo ello, se estima que la entidad aseguradora es una tercera obligada al pago *“por tener concertado en la fecha de los hechos un seguro de enfermedad que, entre otras especialidades cubría la enfermedad o situación objeto de*

la litis, ya sea por la especialidad de pediatría, asistencia al parto, o por atención urgente”.

Por otro lado, en la Sentencia número 249/2019, de 18 de abril, de la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Barcelona (JUR\2019\149138) se plantea el caso de un neonato que, por el delicado estado de salud que presenta al nacer, es trasladado a un hospital público en el cual el menor estuvo ingresado treinta y un días y se le practicaron tratamientos de alta complejidad y especialización. El traslado fue decisión de los facultativos del centro sanitario concertado con la aseguradora en el que asistieron a la madre en el momento del parto, por tener ésta contratado un seguro de salud.

En la Sentencia se confirma íntegramente la dictada en primera instancia. La Audiencia Provincial indica que es a la aseguradora y no al Institut Català de la Salut a quien corresponde asumir el coste de la asistencia prestada a la menor.

Se basa para ello en que el seguro de salud que tenía concertado la madre incluía la atención en el embarazo y el parto y en que ante la situación de riesgo vital para el menor, éste precisaba una atención altamente especializada que no podía dársele en la clínica en la que la madre dio a luz.

Añade la Sentencia que si bien es cierto que en primera instancia se indicó que la decisión médica debía suponerse que se tomó por parte de los facultativos valorando la inexistencia de un Hospital concertado en el que se pudieran ofrecer los tratamientos que precisaba la paciente, sin que realmente se acreditara la existencia de este posible hospital concertado con los mismos medios técnicos y humanos que el hospital público al que se derivó la paciente, lo que fundamenta la estimación en primera instancia no es esa suposición, sino el hecho de que la decisión de derivar al paciente para un tratamiento específico a un hospital concreto fue exclusivamente médica, sin que interviniera ningún otro elemento.

2.3. Servicios sanitarios prestados a pacientes que tienen contratado un seguro privado de carácter obligatorio

- De la lectura del artículo 59 de la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte (en adelante, “LD”), se distinguen los siguientes dos supuestos:

1. La práctica deportiva general del ciudadano: la asistencia sanitaria a este colectivo de población constituye una prestación ordinaria del régimen de aseguramiento sanitario del sector público, y asimismo de los seguros generales de asistencia sanitaria prestados por entidades privadas.

2. La práctica deportiva de los deportistas federados que participen en competiciones oficiales de ámbito estatal: en este caso, con independencia de otros aseguramientos especiales, los referidos deportistas deben estar en posesión de un seguro obligatorio que cubra los riesgos para la salud derivados de la práctica de la modalidad deportiva correspondiente.

Ahora bien, el deportista federado puede tener también derecho a la asistencia sanitaria, siendo en este sentido frecuente que concurren dos tipos de aseguramiento: el de los centros sanitarios públicos derivado de la obligación de estar afiliado a la Seguridad Social y el de la entidad aseguradora con quien se ha concertado el seguro obligatorio al que hace referencia el artículo 59 de la LD.

La concurrencia de ambos aseguramientos ha generado innumerables conflictos, que deben resolverse partiendo de lo previsto en el indicado precepto de la LD, según el cual, en el caso de que la asistencia sanitaria sea prestada por una entidad distinta a la aseguradora, esta última vendrá obligada al reintegro de los gastos producidos por dicha asistencia, conforme a lo establecido en el artículo 83 de la LGS.

Entre las Sentencias más recientes, la de la Sección 1ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de fecha 27 de julio de 2018, con número 355/2018 (RJCA\2018\1244), en la que la Sala dilucida si el Servicio Murciano de Salud actuó conforme a derecho cuando reclamó a la entidad Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija el importe de la asistencia sanitaria prestada en los Centros del referido Servicio a los deportistas federados participantes en competiciones oficiales.

En la indicada Sentencia se diferencian estos tres supuestos:

- Deporte escolar: la asistencia será prestada por el Servicio Murciano de Salud en todos

aquellos supuestos en que no exista cobertura a través de seguro escolar.

- Deportistas federados en competiciones oficiales de ámbito estatal: conforme al artículo 59 de la LD se concluye que el Servicio Murciano de Salud reclamará a los terceros obligados al pago el importe de la asistencia sanitaria facilitada en el supuesto de seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales.

- Deportistas federados con licencia federativa en el ámbito de la Región de Murcia: en este caso, también se considera que el Servicio Murciano de Salud puede reclamar a la Mutualidad recurrente la asistencia sanitaria prestada a los futbolistas federados por entender que la asistencia prestada por el referido Servicio estaba prevista en la póliza del seguro obligatorio.

Según el artículo 78.2 de la Ley 8/2015, de 24 de marzo, de la Actividad Física y el Deporte de la Región de Murcia, las licencias federativas llevarán aparejado un seguro que garantice, como mínimo, la cobertura de los siguientes riesgos: indemnización para supuestos de pérdidas anatómicas o funcionales o de fallecimiento, en la forma que se determine reglamentariamente, y responsabilidad civil frente a terceros derivado del ejercicio o con ocasión de la práctica Deportiva; concluyendo el citado precepto que el accidente o lesión deportiva será cubierto por el Servicio Murciano de Salud.

Así es, según se indica en la Sentencia, en el seguro obligatorio el riesgo asegurado es la práctica del deporte en competición oficial por deportistas federados y el seguro tiene unas determinadas prestaciones que se deben especificar en la póliza.

Y concluye indicando que *“sólo cuando la asistencia por accidentes o lesión en competiciones o entrenamientos oficiales no esté prevista como prestación en el ámbito del aseguramiento obligatorio concertado entre la Federación y la Mutualidad de Previsión Social operará la previsión establecida en el artículo 78.2 in fine y el coste de la asistencia médica prestada por lesión deportiva debería –en tal supuesto– ser cubierto por el Servicio Murciano de Salud”*.

- La misma doctrina ha sido aplicada por la jurisprudencia en los casos en los que la Seguridad Social presta asistencia sanitaria a un paciente que tiene contratado un seguro privado de caza cuando el referido seguro no cubre los concretos daños respecto de los que se ha ofrecido tratamiento.

La Sentencia número 89/2015, de 13 de febrero, de la Sección 1ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia (JT\2015\626) trata el caso de un asegurado que sufrió un accidente de caza, dando lugar las lesiones sufridas a la asistencia sanitaria que se le prestó en la Seguridad Social.

El accidentado contaba con un seguro de responsabilidad civil frente a terceros, estando excluida la cobertura por accidentes del cazador; y ello porque según la Ley 1/1970, de 4 de abril, de caza, únicamente existe la obligación de contratar el seguro de responsabilidad civil en cuanto a los daños que se puedan causar a un tercero con motivo de la caza, pero nada se indica sobre los que puede sufrir el propio cazador asegurado.

La indicada Sentencia indica que de entender que el daño se lo había causado el propio perjudicado, el riesgo no estaría cubierto por el seguro, por lo que los costes debe asumírselos la Seguridad Social; y, si el daño provenía de la conducta de otro cazador, sería la aseguradora de éste la que debería asumir los gastos.

Este es el sentido que según la Sentencia debe darse a la disposición adicional única del Real Decreto 63/1994, de 21 de enero, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro de Responsabilidad Civil del Cazador, de suscripción obligatoria, según la cual: *“El Instituto Nacional de la Salud y las demás entidades gestoras del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a reclamar de las entidades aseguradoras, conforme al artículo 83 de la Ley General de Sanidad, el importe de la asistencia sanitaria y farmacéutica que hubieran prestado a los terceros perjudicados hasta el límite de la cobertura voluntaria del Seguro de responsabilidad civil del cazador causante del siniestro, caso de haberse suscrito un seguro voluntario. Si únicamente ha sido concertado el seguro obligatorio o en caso de inexistencia de seguro, el derecho de reclamación será ejercitable, según los casos, frente a la entidad aseguradora o al Consorcio de Compensación de Seguros y hasta el límite del aseguramiento obligatorio”*.

2.4. Servicios sanitarios prestados a mutualistas

Al respecto, cabe hacer mención a la Sentencia número 461/2018, de 22 de octubre de 2018, de la Sección 6ª de la Audiencia Provincial de Pontevedra (JUR\2019\11986).

La cuestión que se plantea es si las mutuas laborales pueden reclamar de las aseguradoras las cantidades abonadas en concepto de asistencia sanitaria en todos aquellos casos en los que ha sido el trabajador el único responsable del accidente.

La propia Sentencia reconoce que se trata de una *“materia polémica y de no uniforme decisión por las Audiencias Provinciales”*.

En cualquier caso, la Audiencia Provincial, siguiendo el criterio ya adoptado en sentencias anteriores, concluye que la mutua *“en cuanto integrada en el servicio público de salud, está legitimada para reclamar de la aseguradora demandada, en cuanto que tercero obligado al pago en virtud del contrato de seguro concertado con los trabajadores para dar cobertura a los gastos sanitarios objeto de la demanda, sin que sea razón o motivo de exclusión el hecho de que el trabajador esté afiliado a la Seguridad Social, toda vez que dichos gastos, inherentes a la prestación de aquellos servicios no se financian con los ingresos de la Seguridad Social, por estar a cargo de terceros responsables o terceros obligados al pago, sin que sea obstáculo que tal deber de pago provenga de la existencia de un contrato de seguro”*.

3. CONCLUSIONES

Como consecuencia de todo lo expuesto, se puede concluir que en todos aquellos casos en los que aparezcan dos entidades con el deber de prestar asistencia sanitaria, la Administración Sanitaria podrá reclamar el coste que aquélla le ha supuesto si existe un tercero obligado al pago, sea éste la Administración Penitenciaria o una entidad aseguradora con quien el paciente tenga suscrito un seguro voluntario u obligatorio, en los términos que jurisprudencialmente se han indicado anteriormente.

Y ello porque, como se indica en la Sentencia número 154/2007, de 24 de abril, de la Audiencia Provincial de las Islas Baleares (AC\2007\1681), entre otras, si en los supuestos indicados los servicios públicos de salud no pudieran reclamar el coste de las prestaciones sanitarias por ellos efectuadas, se

produciría para la entidad aseguradora un enriquecimiento injusto, “*en cuanto (...) captaría clientes ofreciendo determinadas prestaciones sanitarias, cobrando las primas correspondientes, pero no soportaría los costes de mantener los medios necesarios para llevarlos a cabo de forma completa, acudiendo a recursos ajenos cuando los precisare y provocando la intervención de la sanidad pública, sin satisfacer por ello contraprestación alguna*”.

Según se desprende de la Sentencia número 129/2007, de 2 de mayo de 2007, de la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de La Rioja (JUR\2007\261801), algunos Tribunales invocan el artículo 1.158 del Código Civil y ponen de manifiesto el principio de especialidad.

Según el artículo 1.158 del Código Civil, puede hacer el pago cualquier persona, tenga o no interés en el cumplimiento de la obligación, ya lo conozca y lo apruebe, o ya lo ignore el deudor. El que pague por cuenta de otro podrá reclamar del deudor lo que hubiese pagado, a no haberlo hecho contra su expresa voluntad. En este caso sólo podrá repetir del deudor aquello en que le hubiera sido útil el pago.

En este sentido, se entendería que la asistencia prestada por los servicios públicos se habría realizado por cuenta de tercero, esto es, por cuenta de la entidad aseguradora, lo que facultaría al centro sanitario a exigir el coste en que ha incurrido a la compañía de seguros.

Por lo que al principio de especialidad se refiere, la solución sobre quién debe asumir el coste de la asistencia sanitaria pasa por entender que la cobertura del Sistema Nacional de Salud es de carácter general y la cobertura del seguro privado cubre un riesgo específico. Esta especialización debe dar lugar a que sea preferente a la hora de asumir el coste de la asistencia prestada.

Ahora bien, sin perjuicio de lo indicado, los Tribunales se apoyan, para determinar quién debe asumir el coste de la asistencia en los casos de doble aseguramiento, básicamente, en lo previsto en el artículo 83 de la LGS y en las demás normas concordantes reseñadas, concluyéndose que los centros públicos pueden reclamar la cantidad correspondiente siempre que la reclamación respete lo previsto en el Convenio suscrito entre las Administraciones públicas implicadas o los límites de la póliza que se haya suscrito entre el paciente y la entidad aseguradora.

Con todo, se ha ido conformando un entramado no solo normativo sino también jurisprudencial que deberá tenerse en consideración en la resolución de los conflictos que el tema planteado genere, siendo un máxima, en cualquier caso, que la decisión que se adopte debe ser en beneficio del paciente y, por ende, de que se le preste la asistencia sanitaria que éste requiera en cada caso.

4. BIBLIOGRAFÍA

- GÓMEZ ZAMORA, Leopoldo J, (2013) “*Terceros obligados al pago y régimen jurídico del aseguramiento obligatorio de la asistencia sanitaria*”. En “*Tratado de Derecho Sanitario*”, páginas 253 a 285, Cizur Menor (Navarra), Thomson Reuters Aranzadi.
- GONZÁLEZ CARRASCO, Mª del Carmen, “*Algunas cuestiones acerca de los seguros privados de salud en España*”, Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil, número 20/2007 (2007).
- MORALA GÓMEZ, Antonio, “*Comentario al artículo 83 de la Ley General de Sanidad y textos concordantes*”, La Ley, 2297/2001 (2001).
- TRILLO GARCÍA, Andrés Ramón, “*El derecho a la asistencia sanitaria de los deportistas*”, Revista Aranzadi de Derecho de Deporte y Entrenamiento, número 27/2009 (2009).