

**El coste de la asistencia sanitaria en caso de (cumulativa) cobertura pública y privada.**

**STS-CIV núm. 45/2020, de 22 de enero.**

**Antonio V. Sempere Navarro**

*Director de la Revista de Jurisprudencia Laboral. Magistrado del Tribunal Supremo. Catedrático de Universidad (s.e.)*

**Resumen:** *La proliferación de seguros de asistencia sanitaria en favor de quienes son beneficiarios del sistema público de salud genera dudas acerca de quién debe asumir el coste de la prestada en determinados casos. La STS-CIV 45/2020 aborda el supuesto de niña recién nacida en clínica privada y trasladada poco después para ser atendida en un hospital público.*

**Palabras clave:** *Asistencia sanitaria. Cobertura privada y pública. Sujeto responsable del pago. Osakidetza.*

**Abstract:** *The proliferation of health care insurance in favor of those who are beneficiaries of the public health system raises questions about who should bear the cost of borrowing in specific cases. The STS-CIV 45/2020 addresses the assumption of a newborn girl in a private clinic and moved shortly thereafter to be treated in a public hospital.*

**Keywords:** *Healthcare. Private and public coverage. Subject responsible for payment. Osakidetza.*

---

### I. Introducción

La universalidad del derecho a la asistencia sanitaria que nuestro ordenamiento persigue, al menos tendencialmente, requiere una vigorosa dotación de medios materiales y humanos. En consecuencia, sin adecuada financiación tampoco puede pensarse en que el Sistema Nacional de Salud sea eficiente y moderno. De ahí que las Entidades encargadas de su gestión deban administrar adecuadamente los recursos de que disponen y no descuidar las fuentes de financiación que permitan allegarlos. En ese escenario, se comprende que cuando un Servicio Público de Salud considera que ha prestado una asistencia sanitaria cuyos costes deben ser asumidos por otro sujeto, ponga en marcha mecanismos de recaudación.

La STS-CIV 45/2020 aborda el caso de una Compañía Aseguradora a la que el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) reclama el importe de la atención hospitalaria prestada a una recién nacida cuya madre ha dado a luz en Clínica Privada y al amparo de una póliza de aseguramiento.

Las disputas sobre quién ha de afrontar el coste de la asistencia sanitaria no son exclusivas de una jurisdicción y aparecen asimismo tanto en el orden social cuanto en el contencioso.

## II. Identificación de la resolución judicial comentada

**Tipo de resolución judicial:** sentencia.

**Órgano judicial:** Sala Primera del Tribunal Supremo.

**Número de resolución judicial y fecha:** STS número 45/2020, de 22 de enero.

**Número recurso o procedimiento:** Recurso de casación núm. 1108/2017.

**ECLI:ES:TS:2020:242.**

**Ponente:** Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg.

**Votos Particulares:** carece.

## III. Problema suscitado. Hechos y antecedentes

### 1. Hechos relevantes.

El supuesto sobre el que se pronuncia la Sala Primera es muy sencillo y puede exponerse del siguiente modo:

A) Desde 2003 una mujer es titular de una póliza privada de asistencia sanitaria a cargo de la Aseguradora (Adeslas, por absorción de Aresa). A su amparo tiene cubierta, entre otras prestaciones, la asistencia a parto. Conforme al apartado 5º del artículo 8º de las condiciones generales de la póliza: “Los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la Póliza desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar al Asegurador esa circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud. Las altas notificadas dentro de este plazo retrotraerán sus efectos a la fecha de nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre. Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y el Asegurador podrá denegar su admisión”.

B) La citada señora es asimismo beneficiaria de la asistencia sanitaria pública (en concreto, del Sistema Público de Salud del País Vasco).

C) Poniendo fin a su embarazo, el 8 de abril de 2011 alumbró una niña en determinada Clínica bilbaína, al amparo de la citada póliza privada de asistencia sanitaria.

D) Tres días después de su nacimiento la neonata presenta un problema de salud (ictericia con hiperbilirrubilemia). El personal médico de la Clínica recomienda su traslado al hospital público de Basurto, lo que de inmediato realiza una ambulancia.

E) La bebé permanece hospitalizada (en el servicio de Neonatología), recibiendo un tratamiento específico (fototerapia) del que no disponía la Clínica. Una semana después es dada de alta, siendo tratada en consultas externas de neonatología y en consultas externas de cardiología infantil después de esa fecha.

### 2. Demanda de Osakidetza

El Servicio Público de Salud del País Vasco demanda a Adeslas para que asuma el coste del tratamiento dispensado a la recién nacida, en aplicación de lo dispuesto en los arts. 103 de la Ley 50/1980, del Contrato de Seguro (LCS) y 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS). En concreto, reclama 9.744,49 euros.

### 3. Sentencia del Juzgado

Mediante su sentencia de 17 de mayo de 2016, el Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de Bilbao (proc. 692/2013) desestima la demanda.

Razona que la menor no se encontraba incluida en la póliza de seguros de su madre, al no haber sido dada de alta voluntaria en la misma, dentro del plazo de los treinta días siguientes al nacimiento, como tampoco con posterioridad a tal fecha. Además, la asistencia sanitaria pública es prestada a partir del tercer día de vida de la menor, y no coincidiendo con su nacimiento.

#### *4. Sentencia de apelación*

Mediante su sentencia 17/2017, de 12 de enero, la Sección 4ª de la Audiencia Provincial de Vizcaya confirma el criterio del Juzgado (rec. 573/2016)<sup>[1]</sup>.

Recalca que la mujer tenía cubierta por la póliza la hospitalización por parto, incluyendo la estancia de los recién nacidos en la incubadora sin cama de acompañante, así como los gastos de medicación que precisasen éstos durante dicha estancia, pero no la asistencia médica adicional del neonato.

Además la prestación de la asistencia en el hospital de la red pública se produjo tres días después del nacimiento de la menor que tuvo lugar sin incidencias. También subraya que la asegurada no activó la posibilidad de dar de alta a la menor en el plazo de los treinta días siguientes al parto o, incluso, con posterioridad. En esa conducta hay una clara opción por la sanidad pública<sup>[2]</sup>.

### **IV. Posiciones de las partes**

La discusión que accede al Tribunal Supremo es del todo igual a la que se ha desarrollado en las instancias previas y que ya ha sido expuesta.

#### *1. El Servicio Vasco de Salud*

La Entidad responsable de la asistencia sanitaria pública en el País Vasco sostiene lo mismo que desde el inicio de su reclamación: que los artículos 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como el artículo 103 en relación con el 105 de la ley 50/1980, del Contrato de Seguro, obligan a Adeslas al pago de la asistencia sanitaria en cuestión.

#### *2. La Aseguradora*

Dejando al margen cuestiones procesales<sup>[3]</sup>, la Aseguradora sostiene que la asistencia prestada por Osakidetza no se encuentra en el ámbito de cobertura de la póliza de seguro concertada. Y es que la madre no la incluyó ni durante los treinta días siguientes, ni con posterioridad.

### **V. Normativa aplicable al caso**

Son dos los bloques normativos que deben concordarse para dar solución al problema suscitado: el que regula la asistencia sanitaria pública y el que disciplina el contrato de seguro.

A) El Capítulo V (“De la Financiación”) del Título III (“De la estructura del sistema sanitario público”) de la LGS está integrado por seis artículos. El último de ellos (art. 83) es el que ahora interesa examinar con detalle:

«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».

B) Previsión similar anterior la encontramos en las normas reglamentarias sobre a cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización<sup>[4]</sup>, así como en la propia Ley General de la Seguridad Social<sup>[5]</sup>.

C) La Sección Tercera (“Seguro de accidentes”) del Título III (“Seguro de personas”) de la LCS está integrada por cinco artículos, siendo el penúltimo de ellos el 103, cuyo contenido reza así:

«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».

D) La Sección Cuarta (“Seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria”) del citado Título III, está integrada solo por dos artículos; el primero de ellos, que es el 105, dispone lo siguiente:

«Cuando el riesgo asegurado sea la enfermedad, el asegurador podrá obligarse, dentro de los límites de la póliza, en caso de siniestro, al pago de ciertas sumas y de los gastos de asistencia médica y farmacéutica. Si el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, la realización de tales servicios se efectuará dentro de los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinan».

## **VI. Doctrina básica**

### *1. El aseguramiento de la asistencia sanitaria*

Los seguros de asistencia sanitaria permiten que se otorgue la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda. Mediante ellos se garantiza al asegurado el pago (por la Aseguradora) no solo el coste económico de las operaciones médicas, y los gastos de estancia o manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, sino también las prestaciones sanitarias incluidas en la póliza por medio de médicos, servicios o establecimientos propios que actúan como auxiliares contractuales para la realización de las prestaciones<sup>[6]</sup>.

Precisamente, uno de los puntos controvertidos que presentan los contratos de seguro de asistencia sanitaria, deriva del régimen jurídico aplicable a la atención médica dispensada en centros públicos o privados no concertados, o por facultativos no incluidos dentro del cuadro médico facilitado por la compañía aseguradora.

### *2. La doble cobertura de la asistencia*

Desde la perspectiva del Derecho Privado, cuando determinada persona tiene protegido un mismo riesgo tanto en el sistema público cuanto en una Compañía Privada existe una facultad de optar. Esto permite al asegurado elegir que la prestación médica requerida sea dispensada por la entidad que le ofrezca mayores garantías y confianza. Dicho de otra forma, optar por el sistema nacional o autonómico de salud o por parte de la compañía de seguros privada, con la que concertó una póliza de tal clase.

En el caso examinado, no opera el art. 82 de la LCS<sup>[7]</sup>, que exige para el ejercicio de la acción subrogatoria en el seguro de personas, la existencia de un tercero causante del siniestro a quien poder reclamar el importe de los gastos de asistencia sanitaria dispensada<sup>[8]</sup>. Es claro que los gastos médicos reclamados nacen de una patología sufrida por una niña en cuyo desencadenamiento no intervino ningún otro sujeto de derecho.

### *3. Financiación de asistencia sanitaria en casos de doble cobertura.*

Sin duda, la aportación más interesante de la STS 45/2020 surge cuanto examina las principales posibilidades que pueden concurrir en los casos de doble cobertura de la asistencia sanitaria.

A) Si la madre acude directamente a los servicios públicos de salud, como reconoce la entidad recurrente, Osakidetza no tendría el derecho de repetición previsto en el art. 83 LGS. La razón para ello es que la madre optó, dentro de su libertad de decisión, a que el tratamiento médico de su hija se llevara a efecto en la sanidad pública.

B) Si la menor está siendo atendida en un centro médico concertado por la aseguradora privada y la madre solicita la alta voluntaria en el mismo para el traslado de su hija a la sanidad pública, a la que se encuentra afiliada, por considerarla más idónea para la atención de su hija: tampoco nacería el derecho de repetición<sup>[9]</sup>.

C) Si la madre sólo tiene el seguro privado descrito: cabe el derecho de repetición, puesto que no es de recibo que el compromiso contractual asumido se preste aprovechando o utilizando la red sanitaria pública. Si la entidad demandada se comprometió contractualmente a prestar la asistencia sanitaria a sus asegurados y, por imposibilidad de llevarla a efecto, los deriva a la red de centros de la sanidad pública, la reclamación efectuada por éstos de los gastos dispensados se encuentra amparada en la mentada ley general.

#### *4. Especificidad del caso*

La asegurada optó por acudir a la sanidad privada para dar a luz a su hija, desarrollándose el parto sin incidencias. El hospital privado no negó la atención que precisaba la menor, sino que sus propios facultativos indicaron la necesidad del traslado de la niña a un hospital público para el tratamiento de la enfermedad que presentaba. La razón para ello derivaba de la carencia de los medios terapéuticos necesarios para proceder al tratamiento de la recién nacida.

La madre no dio de alta a la menor, en la póliza suscrita, dentro del plazo contractual pactado, para que la cobertura adquiriese efectos retroactivos, conforme al art. 8 apartado quinto de su condicionado general antes transcrito, ni tampoco lo hizo con posterioridad. Eso implica que la madre ejerció su derecho de elección, para que el tratamiento médico de la patología que sufría su hija le fuera dispensada en la sanidad pública, así como para las otras enfermedades que le fueron descubiertas u otras que pudiera padecer en el futuro.

### **VII. Parte dispositiva**

En su parte dispositiva la sentencia examinada es sencilla: desestima el recurso de casación, impone a la recurrente las costas del recurso de casación (art. 398.1 LEC) y decreta la pérdida del depósito (DA 15ª LOPJ).

### **VIII. Pasajes decisivos**

Al final del Fundamento Tercero la STS 45/2020 condensa la conclusión a que accede, desfavorable para Osakidetza:

“En definitiva, al ser titular de una doble cobertura, optó por la sanidad pública, una vez que consideró que ésta le ofrecía mayores garantías y confianza”.

“Por otra parte, la elección de la madre fue clara, como resulta de sus concluyentes actos posteriores, de inequívoca significación jurídica, sin que, de su conducta de llevar a su hija inicialmente al centro privado, podamos obtener conclusiones jurídicas favorables al derecho de repetición del servicio público de salud al amparo del art. 83 de la LGS, puesto que no llegó a nacer obligación contractual de la aseguradora demandada de hacerse cargo de los gastos de la asistencia médica de la niña, con los efectos retroactivos que la póliza garantizaba y que no fueron activados”.

### **IX. Comentario**

El debate acerca de quién debe soportar el coste de ciertas prestaciones de asistencia sanitaria ha sido materia de abundante litigiosidad, en buena parte para determinar si el gasto realizado al margen del sistema debiera ser asumido por éste

(en forma de reintegro, al haberse anticipado) o por el beneficiario. La mayoría de los casos omite el examen sobre si la asistencia sanitaria por contingencia común sigue siendo una prestación de Seguridad Social o debe considerarse ajena al mismo. Recordemos algunos ejemplos:

- GRÚAS HIDRÁULICAS.- Las grúas hidráulicas para facilitar el desplazamiento de un inválido se configuran como prestaciones especiales y, por ello, sólo generan ayudas económicas en los casos y según los baremos que reglamentariamente se establezcan<sup>[10]</sup>.
- SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA.- El INSALUD no está obligado a cambiar la silla de ruedas manual facilitada en su día al inválido por otra de tracción eléctrica<sup>[11]</sup>. Tras la OM de 18 enero de 1996 ha de concederse la silla de ruedas eléctrica a quien padezca las enfermedades en ella contempladas u otras que comporten secuelas análogas<sup>[12]</sup>.
- PRÓTESIS OCULARES Y AUDITIVAS.- Los audífonos y las gafas se configuran como prótesis especiales y, por ello, sólo generan ayudas económicas en los casos y según los baremos que reglamentariamente se establezcan<sup>[13]</sup>.
- PRÓTESIS ORTOPROTÉSICAS.- La Seguridad Social pública no cubre las prótesis que tienen como finalidad la corrección o mejora de la apariencia externa deformada por causa de enfermedad común<sup>[14]</sup>.
- PRÓTESIS ESPECIALES.- Las plantillas ortopédicas y botas correctoras se configuran como prótesis especiales y, por tanto, sólo generan ayudas económicas en los casos y según los baremos que reglamentariamente se establezcan<sup>[15]</sup>, al igual que sucede con las fajas ortopédicas lumbares o análogas<sup>[16]</sup>, corsés termoplásticos<sup>[17]</sup>, collarines cervicales<sup>[18]</sup>, prótesis ortodóncicas<sup>[19]</sup>, etc.
- CARTERA DE SERVICIOS.- Tras la aprobación del Real Decreto 63/1995 de 20 enero y la OM de 18 enero de 1996 ha de estarse a sus previsiones concretas para determinar el alcance de los correspondientes derechos<sup>[20]</sup>. El criterio, en particular, vale para la adquisición de sillas de ruedas convencionales, incluso con adaptaciones personales<sup>[21]</sup>; o para una prótesis de extremidades inferiores<sup>[22]</sup>.
- SILENCIO ADMINISTRATIVO.- La ausencia de respuesta en el plazo legalmente establecido de tres meses equivale a denegación por silencio administrativo de los gastos de asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos a la Seguridad Social<sup>[23]</sup>.
- EXTRANJEROS REAGRUPADOS.- No tienen derecho a asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos los ciudadanos extranjeros no comunitarios con residencia temporal en España por reagrupación familiar, dado que para optar a dicha residencia legal, su familiar reagrupante, sea éste ciudadano de la UE o de países terceros, tuvo que acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía<sup>[24]</sup>.
- RENOVACIÓN DE PRÓTESIS.- La Mutua que cubre el accidente de trabajo del que deriva la necesidad de una prótesis ha de hacerse cargo de su renovación, aunque el beneficiario haya pasado a la condición de pensionista de jubilación<sup>[25]</sup>.
- PRÓTESIS MICROELÉCTRICA.- En caso de accidente de trabajo, la reparación del daño causado debe hacerse de la manera más completa posible, lo que incluye la implantación de una prótesis mioeléctrica aunque no se trate de un supuesto de amputación bilateral de miembros superiores<sup>[26]</sup>.

- REPARACIÓN ÍNTEGRA.- Procede la implantación de prótesis de última generación en pierna a consecuencia de accidente de trabajo, aunque no esté incluida en el catálogo general de material ortoprotésico, pues en las contingencias profesionales rige el principio de reparación íntegra del daño<sup>[27]</sup>.
- TRANSPORTE SANITARIO.- La prestación complementaria de transporte sanitario no comprende el traslado en taxi hasta el centro de salud, incluso aunque exista indicación del facultativo sobre su utilización<sup>[28]</sup>.
- DISCAPACITADOS.- La gratuidad absoluta en las prestaciones farmacéuticas sólo está prevista para los discapacitados que, ya como titulares o beneficiarios, no estén incluidos en el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social, sin que ello suponga una vulneración del principio de igualdad<sup>[29]</sup>.
- CONTRADICCIÓN.- Cuando se discute acerca de la procedencia del reintegro de los gastos médicos efectuados fuera del sistema resulta muy problemática la existencia de supuestos idénticos<sup>[30]</sup>.
- HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA.- 1º) La Seguridad Social no está obligada a sufragar los gastos ocasionados por la hospitalización psiquiátrica efectuada (en centros sanitarios ajenos a las instituciones del sistema) cuando aquélla no se solicita o comunica a la Entidad Gestora ni ha mediado urgencia vital<sup>[31]</sup>. 2º) Aunque a la entidad gestora no se le hubiere notificado el ingreso en un centro psiquiátrico privado, procede el reembolso de gastos correspondientes a un período posterior al internamiento inicial, cuando la entidad gestora venía consintiendo asistencias sanitarias anteriores cuyos gastos había abonado<sup>[32]</sup>.
- CONVICCIONES RELIGIOSAS.- El contenido de la asistencia sanitaria no puede ampliarse por el beneficiario invocando sus convicciones religiosas<sup>[33]</sup>.
- TRATAMIENTOS SEGUIDOS EN EL EXTRANJERO.- 1º) Es inexistente el derecho al reintegro de gastos ocasionados por asistencia prestada en el extranjero para enfermedad no tratada por la Seguridad Social española<sup>[34]</sup>. 2º) Tampoco cuando el demandante se trasladó por iniciativa propia y sin autorización de la Seguridad Social española a un centro extranjero, aduciendo que la ausencia de prescripción de tratamiento inmediato tras la intervención quirúrgica a que fue sometido constituye un supuesto de denegación injustificada de asistencia<sup>[35]</sup>, o bien eludiendo de tal modo la lista de espera en orden a la práctica de un trasplante renal<sup>[36]</sup>. 3º) En supuestos de urgencia vital, procede el reintegro de gastos ocasionados por la asistencia sanitaria prestada en país extranjero, aunque no existencia convenio de asistencia sanitaria con aquel país<sup>[37]</sup>. 4º) Procede el reintegro de gastos por la asistencia sanitaria proporcionada en el extranjero, si se ha presentado inesperadamente una situación de urgencia vital con motivo de un viaje realizado fuera de nuestras fronteras no proyectado con tal fin<sup>[38]</sup>. 5º) Procede el reintegro de la totalidad de los gastos generados por una intervención sanitaria de urgencia realizada en otro país comunitario, incluidos los gastos de los que no se hace cargo el Estado en el que se ha prestado la asistencia conforme a su propia legislación<sup>[39]</sup>.
- Prótesis.- No procede el reintegro del importe de la prótesis implantada por servicios sanitarios privados en supuesto que no sea de urgencia vital o denegación injustificada de asistencia por parte de los servicios sanitarios de la Seguridad Social<sup>[40]</sup>.

- REQUISITOS.- La Seguridad Social no está obligada a sufragar los gastos ocasionados por la asistencia prestada en centros sanitarios ajenos a las instituciones del sistema, cuando aquélla no se solicita ni comunica a la Entidad Gestora ni ha mediado urgencia vital<sup>[41]</sup>, no bastando con la simple indicación de un facultativo<sup>[42]</sup>.
- DENEGACIÓN INJUSTIFICADA.- 1º) Para que exista denegación injustificada de prestación de la asistencia sanitaria debida es preciso que haya sido pedida formalmente la asistencia y que ésta sea denegada de modo positivo, bien expresamente, bien por denegación tácita inequívoca, no bastando con que los facultativos aconsejen el recurso a servicios ajenos a la Seguridad Social<sup>[43]</sup>. 2º) Procede el reintegro de gastos por la asistencia prestada por servicios ajenos a la Seguridad Social a enfermo cardíaco que se somete a intervención quirúrgica en clínica privada, con la que se ponen en contacto los propios médicos del servicio público, ante la negativa del centro público de referencia a realizar la operación<sup>[44]</sup>.
- TRASPLANTE DE CORAZÓN.- La Seguridad Social no está obligada a sufragar los gastos ocasionados por trasplante de corazón realizado en Clínica privada, cuando el mismo no se solicita a la Entidad Gestora ni ha mediado urgencia vital<sup>[45]</sup>.
- ENFERMO DE PARKINSON.- Es inexistente el derecho al reintegro de gastos ocasionados por asistencia prestada en centro privado frente a enfermedad de Parkinson, pese a que se suministre terapia practicada en el sistema sanitario público sólo de manera incipiente<sup>[46]</sup>.
- URGENCIA VITAL.- Concorre la situación de urgencia vital en caso de diagnóstico de posible carcinoma pulmonar, con aplazamiento indefinido por los servicios públicos de salud de la intervención necesaria para su adecuado diagnóstico y posterior tratamiento<sup>[47]</sup>.
- BOMBA DE INSULINA.- No se tiene derecho al reintegro de los gastos originados por la adquisición de una bomba de infusión continua de insulina, aunque el tratamiento fuera prescrito por los facultativos de un centro de salud pública, si dicha adquisición fue anterior a su inclusión como prestación farmacéutica por Orden de 12 de marzo de 2004<sup>[48]</sup>.
- REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA.- No procede el reintegro de los gastos ocasionados por un tratamiento de rehabilitación neurológica recibido en la sanidad privada si, consideradas las circunstancias del caso, no se dan los requisitos de urgencia vital y denegación injustificada de asistencia<sup>[49]</sup>.
- CIRUGÍA TRANSEXUAL.- El sistema público no viene obligado a reintegrar los gastos por cirugía transexual que no está basada en trastorno de la personalidad<sup>[50]</sup>.
- TÉCNICAS EXPERIMENTALES.- La sanidad pública no está obligada a reembolsar los gastos derivados de la aplicación de una técnica más moderna y avanzada existente en la sanidad privada pero que no ha sido aprobada por la administración estatal, ni consta su solvencia científica<sup>[51]</sup>.
- REPRODUCCIÓN ASISTIDA.- No constituye un supuesto de urgencia vital que da derecho al reintegro de gastos el diagnóstico genético preimplantatorio, necesario para el tratamiento de reproducción asistida<sup>[52]</sup>.
- CASCO CORRECTOR.- Cabe entender incluido en el catálogo reglamentario de productos sanitarios el casco craneal para corregir una plagiocefalia postural, por analogía con las prótesis de restauración facial, siendo reintegrable su importe por los servicios públicos de salud al haber sido prescrita su utilización por un facultativo de dichos servicios<sup>[53]</sup>.

- LECHE HIDROLIZADA.- Procede el reintegro de gastos por la adquisición de leche hidrolizada especial prescrita médicamente, por alergia congénita a las proteínas de la leche de vaca, en paciente menor de edad pero mayor de dos años<sup>[54]</sup>.
- TRATAMIENTO OFTALMOLÓGICO.- La Seguridad Social no está obligada a abonar gastos ocasionados por haber acudido el beneficiario a la medicina privada, prescindiendo de la autorización de aquélla y tratándose de técnicas experimentales<sup>[55]</sup>.
- ADMINISTRACIÓN RESPONSABLE.- Es responsabilidad del INSS la renovación de prótesis derivada de accidente de trabajo, pese a la transferencia de competencias en materia sanitaria a la Comunidad Autónoma<sup>[56]</sup>.

## X. Apunte final

Que un litigio por cantidad relativamente moderada (menos de diez mil euros) haya tenido tanto recorrido evidencia no solo el interés doctrinal que el Tribunal Supremo detecta en el tema, sino también la relevancia que este tipo de asunto está asumiendo para la sanidad pública. A medida que las pólizas de asistencia privada florecen, sus beneficiarios mezclan el acudimiento a los dos grandes tipos de establecimientos existentes, los públicos y los privados.

En casos como el presente, por más que no se debata entre la persona asegurada y la correspondiente Compañía, resultará importante atender a la extensión de la póliza en cuestión. Porque si se demanda de la red de centros privados una prestación comprendida en el contrato de seguro, la negativa a darla (incluso si es por carencia de medios) no deja de constituir un incumplimiento contractual. Que el sujeto asegurado sea también beneficiario del sistema público de salud no debiera cambiar esa conclusión; en tal caso todo indica que sí existe un tercero obligado a al pago.

Nótese asimismo que cuando el Servicio Público de Salud decide reclamar a la Aseguradora, y no a quien ha recibido la asistencia sanitaria, está activando un resorte que finaliza ante la jurisdicción civil.

---

## Referencias:

1. <sup>^</sup> *Conforme al fallo, “confirmamos la sentencia apelada con expresa imposición al recurrente de las costas causadas en el recurso”*
2. <sup>^</sup> *Finaliza advirtiendo que resulta improcedente abordar la interpretación del contrato de asistencia sanitaria concertado entre D<sup>a</sup> Estela con Aresa porque no estamos en un controversia entre aseguradora y asegurado sobre la cobertura del seguro, sino en una acción de reembolso de gastos de asistencia médica entablada por una entidad del sistema nacional de salud frente a una entidad aseguradora.*
3. <sup>^</sup> *Adeslas entiende que el recurrente pretende una nueva valoración de la prueba (para declarar que el traslado de la menor vino motivado por una situación de urgencia). El TS no accede a ello porque considera que no se trata de algo decisivo, ni aparece tratado el tema en las sentencias anteriores (para afirmar o descartar la urgencia). También sostiene que no se da la necesaria identidad de las circunstancias fácticas del caso enjuiciado con las concurrentes en las resoluciones invocadas justificativas del interés casacional. Pero el TS descarta una interpretación rigurosa*

sobre la concurrencia de ese requisito y advierte que incluso una de las sentencias versa sobre caso en que consta una condición general igual a la que constituye el objeto de este proceso, que subordina la atención pediátrica, desde el nacimiento, a que la recién nacida fuera dada de alta en la póliza en el plazo de los 30 días siguientes.

4. <sup>^</sup> El artículo 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 dispone 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. Procederá asimismo la reclamación del importe de los servicios a los usuarios sin derecho a la asistencia de los servicios de salud, admitidos como pacientes privados, conforme a lo establecido en el artículo 16 de la Ley General de Sanidad”.
5. <sup>^</sup> La DA Décima de la LGSS/2015 prescribe que no tendrán la naturaleza de recursos de la Seguridad Social los que resulten de las siguientes atenciones, prestaciones o servicios: “a) Los ingresos a los que se refieren los artículos 16.3 y 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, procedentes de la asistencia sanitaria prestada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como en los supuestos de seguros obligatorios privados y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago”.
6. <sup>^</sup> Así lo expone, por ejemplo, la STS-CIV 438/2009, de 4 de junio.
7. <sup>^</sup> Conforme al mismo “En los seguros de personas el asegurador, aun después de pagada la indemnización, no puede subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo anterior lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria”.
8. <sup>^</sup> En este sentido, STS 105/2010, de 26 de febrero.
9. <sup>^</sup> Como señala la STS 835/2006, de 19 de julio, cabría «acudir entonces al Centro público, que estaría obligado a prestarle, como beneficiaria de su sistema, las atenciones que precisara».
10. <sup>^</sup> SSTS 22 marzo 1994 (RJ 1994, rec. 3192/92) (Ponente, Sr. Campos Alonso); 23 diciembre 1994 (RJ 1994, rec. 2687/93).
11. <sup>^</sup> SSTS 22 junio 1994 (RJ 1994, 5467) (Ponente, Sr. Fuentes López); 28 noviembre 1994 (RJ 1994, 9244); 23 diciembre 1994 (RJ 1994, 10225); 28 abril 1995 (RJ 1995, 3280); 28 septiembre 1995 (RJ 1995, 6919). El Auto 22 diciembre 1998 (RJ 1998, rec. 1576/1998) (Ponente, Sr. Fernández López) considera falto de contenido casacional al recurso que ignora esta doctrina.
12. <sup>^</sup> SSTS 26 enero 2000 (RJ 2000, rec. 474/1999) (Ponente, Sr. Fernández López); 7 febrero 2000 (RJ 2000, rec. 1097); 31 marzo 2000 (RJ 2000, rec. 158/99) y 5 abril 2000 (RJ 2000, rec. 88/99).
13. <sup>^</sup> SSTS 23 febrero 1993 (2) (Ponente, Sr. Campos Alonso) (RJ 1993, 1270 y 1271); 28 abril 1993 (RJ 1993, 3379); 5, 6, 15, 19, 20, 23 y 31 julio 1993 (RJ 1993, 5549, 5550, 5681, 5744, 5749, 5759 y 5999); 23 septiembre 1993 (RJ 1993, 7029); 14, 16, 29 y 30 octubre 1993 (RJ 1993, 7602, 8053, 8084 y 8091); 4, 5, 22 y 29 noviembre 1993 (RJ 1993, 8545, 8552, 8924 y

- 9089); 5 febrero 1994 (RJ 1994, 801); 22 marzo 1994 (RJ 1994, 2619); 4 y 26 mayo 1994 (RJ 1994, 3992 y 4305); 7 noviembre 1994 (RJ 1994, 8597).
14. ^ SSTS 2 octubre 1995 (RJ 1995, 7089), (Ponente, Sr. Desdentado Bonete); 27 diciembre 1995 (RJ 1995, 9877); 13 mayo 1996 (RJ 1996, rec. 3895).
  15. ^ SSTS 2 (Ponente, Sr. Fernández López), 12 y 18 diciembre 1996 (RJ 1996, 9461, 9648 y 9726); 26 mayo 1997 (RJ 1997, 4422); 11 junio 1998 (RJ 1998, 5199).
  16. ^ SSTS 21 febrero 1997 (RJ 1997, 1575) (Ponente, Sr. Marín Correa); 10 y 13 marzo 1997 (RJ 1997, 2304 y 2465); 23 (2) y 30 junio 1997 (RJ 1997, 4937, 4941 y 4951); 21 octubre 1997 (RJ 1997, 7479); 25 noviembre 1997 (RJ 1997, 8625); 1 diciembre 1997 (RJ 1997, 8922); 13 enero 1998 (RJ 1998, 449); 27 febrero 1998 (RJ 1998, 2215).
  17. ^ SSTS 20 marzo 1997 (RJ 1997, 2588) (Ponente, Sr. Bris Montes); 9 junio 1997 (RJ 1997, 4694).
  18. ^ STS 30 marzo 1998 (RJ 1998, 3162) (Ponente, Sr. Cachón Villar).
  19. ^ STS 4 febrero 2000 (RJ 2000, 1605) (Ponente, Sr. Botana López).
  20. ^ SSTS 5 junio 2001 (RJ 2001, 5486) (Ponente, Sr. González Peña); 4 noviembre 2003 (RJ 2003, 9059); 16 febrero 2004 (RJ 2004, 1417).
  21. ^ STS 7 junio 2001 (RJ 2001, 5499) (Ponente, Sr. González Peña).
  22. ^ STS 12 noviembre 2001 (RJ 2001, 9876) (Ponente, Sr. García Sánchez).
  23. ^ SSTS (2) de 18 diciembre 2018 (RJ 2018, 6054) (Ponente, Sra. Virolés Piñol) y (PROV\2019\45343) (Ponente, Sr. Moralo Gallego).
  24. ^ SSTS, Pleno, de 13 (4) mayo 2019 (RJ 2019, 2878, 2883, 2354 y 2190 ) (Ponentes, Sra. García Paredes y Sres. Luelmo Millán y Gullón Rodríguez, con Voto Particular del magistrado Salinas Molina, al que se adhiere la magistrada Segoviano Astaburuaga).
  25. ^ STS 11 abril 2000 (RJ 2000, rec. 1772/99) (Ponente, Sr. Desdentado Bonete).
  26. ^ STS de 2 abril 2010 (RJ 2010, 3743) (Ponente, Sr. Gilolmo López).
  27. ^ STS de 24 enero 2012 (RJ 2012, 2157) (Ponente, Sra. Segoviano Astaburuaga).
  28. ^ SSTS 26 septiembre 2001 (RJ 2001, rec. 2585/2000) (Ponente, Sr. Fernández López); 1 octubre 2001 (RJ 2001, rec. 707/2001); 29 octubre 2001 (RJ 2001, rec. 901/2001).
  29. ^ STS de 17 mayo 2011 (RJ 2011, 4983) (Ponente, Sr. Gilolmo López).
  30. ^ SSTS 26 mayo 2004 (RJ 2004, 4973) (Ponente, Sra. Calvo Ibarlucea); 21 junio 2004 (RJ 2004, 5316); 22 noviembre 2004 (RJ 2005, 218); 20 septiembre 2006 (RJ 2006, 8733).
  31. ^ SSTS 12 diciembre 1991 (RJ 1991, 9065); 15 enero 1992 (RJ 1992, 41); 31 mayo 1995 (RJ 1995, 4013); 19 febrero 1997 (RJ 1997, 2159); 26 y 31 marzo 1997 (RJ 1997, 2621 y 2629); 30 abril 1997 (RJ 1997, 3556); 16 junio 1997 (RJ 1997, 4755).
  32. ^ STS 29 marzo 2000 (RJ 2000, 3137)(Ponente, Sr. Fuentes López); 23 mayo 2000 (RJ 2000, 5522); 13 noviembre 2000 (RJ 2000, 1420); 12 marzo 2001 (RJ 2001, 3157); 11 (2), 12, 19, 25 (2), 26 y 28 junio 2001 (RJ 2001, rec. 280/2000, rec. 3370/2000, rec. 278/2000, rec. 3372/2000, rec. 3374/2000, rec. 3420/2000, rec. 1460/2000 y rec. 3373/2000); 4 julio 2001 (RJ 2001, 7917).
  33. ^ SSTS 14 abril 1993 (RJ 1993, 3338)(Ponente, Sr. García-Murga Vázquez); 3 mayo 1994 (RJ 1994, 5490).
  34. ^ [34] SSTS 13 octubre 1994 (RJ 1994, 8050)(Ponente, Sr. Fernández López); 30 noviembre 1994 (RJ 1994, 9724); 8 febrero 1995 (RJ 1995, 788); 21 diciembre 1995 (RJ 1996, rec. 1967/95); 8 marzo 1996 (RJ 1996,

1979). *Doctrina colateral o complementaria de la principal reseñada es que la absolción del INSALUD o Entidad análoga comporta la de la TGSS, pues que en cuanto servicio común no asume responsabilidad directa respecto de las prestaciones dinerarias, sino que satisface las que tengan por titular a la Entidad Gestora correspondiente.*

35. ^ STS 26 abril 1996 (RJ 1996, 3616)(Ponente, Sr. Fernández López).
36. ^ STS 7 octubre 1996 (RJ 1996, 7496) (Ponente, Sr. Martínez Emperador).
37. ^ STS 4 abril 2000 (RJ 2000, 2615)(Ponente, Sr. Salinas Molina).
38. ^ STS 21 marzo 2002 (RJ 2002, 9884)(Ponente, Sra. Calvo Ibarlucea).
39. ^ SSTS de 4 marzo 2010 (RJ 2010, 2477)(Ponente, Sr. Agustí Juliá) y 13 julio 2010 (RJ 2010, 6815).
40. ^ SSTS 10 abril 1995 (RJ 1995, 3037) (Ponente, Sr. Desdentado Bonete); 13 julio 1995 (RJ 1995, 6131); 23 octubre 1995 (RJ 1995, 7868); 5 marzo 1996 (RJ 1996, rec. 2417/1995).
41. ^ SSTS 12 diciembre 1991 (RJ 1991, 9065); 15 enero 1992 (RJ 1992, 41); 31 mayo 1995 (RJ 1995, rec. 2885/94).
42. ^ SSTS 17 julio 1995 (RJ 1995, 6267) (Ponente, Sr. Inares Lorente).
43. ^ STS 27 septiembre 1996 (RJ 1996, rec. 3781/95) (Ponente, Sr. Bris Montes).
44. ^ STS de 31 enero 2012 (RJ 2012, 3636) (Ponente, Sr. Alarcón Caracuel).
45. ^ STS 25 octubre 1999 (RJ 1999, rec. 760) (Ponente, Sr. Gullón Rodríguez). *Doctrina emparentada con la presente en SSTS 12 diciembre 1991 (RJ 1991, 9065); 15 enero 1992 (RJ 1992, 41); 31 mayo 1995 (RJ 1995, rec. 2885/94).*
46. ^ STS 20 diciembre 2001 (RJ 2002, rec. 1661/2001) (Ponente, Sr. Varela de la Escalera).
47. ^ STS 19 diciembre 2003 (RJ 2003, PROV. 141567)(Ponente, Sr. Martínez Garrido).
48. ^ SSTS de 5 junio 2006 (RJ 2006, 4744) (Ponente, Sr. Fuentes López); 27 diciembre 2006 (RJ 2007, 1003) y 27 febrero 2007 (RJ 2007, 4169).
49. ^ SSTS de 22 noviembre 2006 (RJ 2006, 9295) (Ponente, Sr. Souto Prieto); 23 junio 2008 (RJ 2008, 4674).
50. ^ STS 29 mayo 2007 (RJ 2007, 6348) (Ponente, Sr. Botana López).
51. ^ STS de 17 julio 2007 (RJ 2007, 8301) (Sala General; Ponente, Sr. López García de la Serrana).
52. ^ STS de 16 noviembre 2009 (RJ 2009,7755) (Ponente, Sra. Segoviano Astaburuaga).
53. ^ STS de 12 febrero 2014 (RJ 2014, 1097) (Ponente, Sra. Arastey Sahún).
54. ^ STS de 17 febrero 2014 (RJ 2014, 1360) (Ponente, Sr. Salinas Molina).
55. ^ STS 25 marzo 2004 (RJ 2004, 2048) (Ponente, Sr. Fuentes López).
56. ^ SSTS 15 enero 2009 (RJ 2009, 655); 10 marzo 2009 (RJ 2009, 1722) y 23 septiembre 2009 (RJ 2009, rec. 2657/2008).