



Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León
Ilmo. Sr. Director General de Relaciones con la Sociedad Civil
C/ Santiago Alba, 1
47008 - VALLADOLID

Expediente: 2040/2022

Asunto: Solicitud de reintegro de gastos de asistencia sanitaria / Resolución

Centro directivo: Consejería de Sanidad

Ilmo. Sr.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. una vez recibido el informe solicitado en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

Como recordará V.I., el motivo de la queja era la solicitud de abono de los gastos de una resección transuretral en la Sanidad Privada, presentada por D. XXX, con DNI XXX, al no haber recibido de la Sanidad Pública la correspondiente asistencia.

Según manifestaciones del autor de la queja, el 23 de febrero de 2022, el médico de atención primaria solicitó visita al Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca. Ante la falta de citación (a pesar de las reclamaciones presentadas por el interesado) y la persistencia de los síntomas, acudió a la Sanidad Privada en el mes de julio pasado, donde después de varias pruebas le diagnosticaron que padece lesiones cancerosas en la vejiga, siendo sometido a una resección vesical en el Hospital Universitario Moncloa (Madrid) el 20 de septiembre de 2022, cuyo diagnóstico postoperatorio es de neoplasia maligna de vejiga.

El 4 de octubre de 2022 el paciente es valorado por el Servicio de Urología, casi ocho meses después de la solicitud de cita.

El interesado presentó el 10 de octubre de 2022 reclamación ante la Gerencia de Salud de Área solicitando el abono de los gastos sanitarios ocasionados, que ha sido denegada, así como la reclamación previa a la vía judicial presentada el 28 de noviembre de 2022, *“al no acreditarse asistencia urgente, inmediata y de carácter vital”*.



Admitida la queja a trámite e iniciada la investigación oportuna sobre la cuestión planteada, nos dirigimos a V.I. en solicitud de información correspondiente a la problemática que constituye el objeto de aquélla.

En atención a nuestra petición de información se remitió por esa Administración autonómica informe en el cual se hacía constar:

“1) Las circunstancias excepcionales en las que procedería el reintegro de gastos ocasionados en la sanidad privada son las enunciadas en el artículo 4.3 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: “La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquel. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción (...)”.

2) Consecuentemente con este precepto, y como se indicó al interesado en la resolución de la Gerente de Salud de Área de Salamanca de 17/11/2022, denegatoria de la solicitud de la prestación de reintegro de gastos sanitarios, en el caso del autor de la queja no son valorables a ese efecto las circunstancias de demora en la citación del paciente y del diagnóstico postoperatorio de neoplasia de vejiga, porque el gasto efectuado en la sanidad privada no obedeció a un supuesto de “urgencia vital”, que conforme a la doctrina del Tribunal “supone la agravación súbita de un cuadro clínico que requiere una inmediata atención, imposibilitando acudir al servicio médico asignado”. No consta un agravamiento súbito de la situación del paciente que requiriese una asistencia urgente, ni la imposibilidad de dirigirse para ello al Servicio de Urgencias de un centro sanitario público”.

A la vista de lo informado, procede realizar una serie de consideraciones:

La técnica del reembolso de los costes derivados de la asistencia recibida en servicios ajenos al Sistema Nacional de Salud goza de un carácter excepcional. Lo cierto es que no existe un derecho de opción a favor del enfermo o de sus familiares entre la medicina pública o la privada, de manera que carecen de la posibilidad de obtener el reintegro de aquellos gastos ocasionados por la dispensación de unos servicios sanitarios que podían haber sido prestados en el Sistema Nacional de Salud.

Por ello, el artículo 17 de la Ley General de Sanidad establece el principio general de la no obligatoriedad por parte de las Administraciones Públicas de abonar a los ciudadanos



los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos de aquellos que les corresponda, a no ser en los casos que reglamentariamente se determinen.

Por otra parte, el artículo 9 de la Ley 19/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, señala que las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud únicamente se facilitarán por el personal legalmente habilitado, en centros y servicios propios o concertados, del Sistema Nacional de Salud, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquel.

En el mismo sentido, se pronuncia el artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, al que se refiere la Consejería de Sanidad en su informe, que precisa que *“en esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción (...)”*.

Por lo tanto, para que proceda el reintegro de los gastos, la jurisprudencia, en aplicación de lo dispuesto en el indicado artículo 4.3, insiste en la preceptiva concurrencia de cuatro requisitos, dos positivos y dos negativos (por ejemplo STS, Sala de lo Social, de 31 de enero de 2012 por el que se resuelve un recurso de casación para la unificación de la doctrina).

Procederá, en consecuencia, el reintegro de los gastos sanitarios producidos por la utilización de servicios ajenos al Sistema Nacional de Salud, en los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital y siempre y cuando el reclamante no hubiera tenido la posibilidad de acudir a los servicios de la sanidad pública o que atendiendo a las circunstancias del caso, el uso de la sanidad privada no puede calificarse de abusivo (STSJ de Cataluña de 27 de septiembre de 2017).

En primer lugar, ha de tratarse de una urgencia de carácter vital. La situación de urgencia vital ha sido definida por distintas sentencias judiciales que han puesto de relieve que no toda urgencia resulta vital, sino únicamente aquella que es más intensa y extrema y que se caracteriza porque en ella está en peligro la vida del afectado¹. Ahora bien, la jurisprudencia aboga por un concepto amplio de urgencia vital, haciéndola extensiva a un gran número de posibles daños que, sin implicar la muerte, afectan sustancialmente a la calidad de vida de la persona a través de su incidencia en diferentes bienes jurídicos. Por lo que la viabilidad del reembolso de gastos médicos no requiere que esté en riesgo cierto e inminente la propia vida del paciente, siendo a tal efecto

¹ SSTs de 31 de mayo de 1995 y 19 de febrero de 1997.



suficiente que racionalmente pueda representarse la probabilidad cierta de que un retraso en recibir la asistencia pueda producir daños graves para la salud².

En segundo lugar, la asistencia que se precisa debe presentar, asimismo, las notas de urgencia e inmediatez, de modo que la demora en el tratamiento suponga una intensificación del riesgo del enfermo. La STS de 31 de enero de 2012 insiste en que el hecho de que el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, no hable solamente de “riesgo vital” sino que utilice también la fórmula “urgente e inmediata y de carácter vital” no puede interpretarse como una exigencia de nuevos requisitos autorizadores del recurso a la sanidad privada más rigurosos que el querido por el legislador. Este conjunto de calificaciones no pretende sino incidir en la noción de gravedad que pivota sobre las circunstancias del caso concreto. La concurrencia de una real urgencia vital precisa el acaecimiento de una situación en la que la intervención se evidencie imprescindible y no solo conveniente³.

En tercer lugar, ha de existir perentoriedad en la actuación, puesto que se corre el riesgo de infligir un daño irreparable o de difícil subsanación al estado sanitario del enfermo si este se resigna a la demora del recurso al sistema sanitario público. En estos casos, la necesidad de asistencia no admite retrasos. Es por ello que en estos casos se debe poner en relación dos plazos distintos: el necesario para obtener la asistencia pública debida y el necesario para obtener la asistencia externa, con lo que si la opción entre uno y otro implica una diferencia temporal de la que nace un riesgo grave para la vida, la salud o la integridad física, se asiste a una situación manifiestamente urgente⁴.

Por último, se exige que la utilización de los servicios no resulte desviada o abusiva, es decir, debe acreditarse que el paciente no acudió a los servicios ajenos a la sanidad pública de manera caprichosa e irrazonable.

En el caso que nos ocupa, la queja se presenta por la denegación de la solicitud de reintegro de las cantidades que el Sr. XXX ha tenido que abonar al verse obligado a acudir a un centro médico privado para que le intervinieran quirúrgicamente ante la demora e insuficiente atención de su dolencia por el Sacyl.

El paciente, con problemas urológicos graves, no ha sido objeto de citación alguna por el Servicio de Urología para proceder por el correspondiente especialista a la valoración solicitada por su médico de atención primaria desde el 23 de febrero de 2022. El agravamiento de los síntomas y la demora en la atención, reclamada por el interesado en dos ocasiones en las que advertía que en unas pruebas médicas de carácter privado le

² Victoria Rodríguez-Rico Roldán – “La Urgencia vital en el reintegro de gastos médicos. Régimen Jurídico y requisitos”.

³ Victoria Rodríguez-Rico Roldán – “La Urgencia vital en el reintegro de gastos médicos. Régimen Jurídico y requisitos”.

⁴ STSJ de Castilla y León de 6 de junio de 2012.



habían detectado “*células uroteliales atípicas*” llevó al Sr. XXX a tener que acudir, sin que hubiera tenido lugar ninguna respuesta sobre tal demora, a un centro médico privado.

Sin haber recibido entretanto ninguna citación por parte del Sacyl, el Sr. XXX fue sometido a una intervención quirúrgica, el 20 de septiembre de 2022, consistente en una resección transuretral vesical, en un centro privado, con el diagnóstico postoperatorio de neoplasia maligna de vejiga (siete meses después de la solicitud de cita y sin que las peticiones reclamando la oportuna atención hayan obtenido ningún tipo de respuesta).

La conducta del Sr. XXX ha sido en todo momento razonable y paciente (lo cual no impide que haya formulado sus reclamaciones por los conductos establecidos). El hecho de haber acudido a un centro médico privado no puede calificarse de abusiva o desviada, sino razonable ante la existencia de una dolencia y de unas pruebas que indicaban la posible existencia de lesiones cancerosas en la vejiga y tras la constatación de una falta de atención sanitaria por los servicios especializados.

A este respecto, la jurisprudencia contencioso-administrativa viene también reconociendo el derecho al reintegro de gastos sanitarios ante riesgos derivados de la demora generada por las listas de espera o por la insuficiente atención sanitaria en el tiempo debido.

Así, la STSJ de Castilla y León de 12 de julio de 2012, establece que, si bien es cierto que, para que proceda el reintegro de gastos médicos derivados de la atención sanitaria por servicios externos al Sistema de Salud, ha de concurrir a) urgencia vital; b) la imposibilidad de utilización de los servicios de la sanidad pública, y c) que no implique utilización abusiva o desviada de la excepción, razona que *“en el presente supuesto y partiendo de la doctrina anterior, si bien es cierto que no estaríamos ante un supuesto de urgencia vital, entendido como riesgo para la vida, sí habían transcurrido más de diez meses sin conseguir ser citado en un Centro del Servicio Público de Salud, que le prestara la asistencia requerida, siendo así que tal demora había empeorado el pronóstico funcional de la cadera del actor”*.

La STS de 31 de enero de 2012 también reconoce el reintegro en el caso que *“no se pudieron utilizar los servicios públicos “oportunamente” (...). Por lo tanto, no es preciso que los servicios públicos carezcan de los medios necesarios para hacer frente a la asistencia sanitaria que requiere el paciente, sino que basta con que no se disponga de esos medios a su debido tiempo, lo que obviamente, nos remite a la consideración de las llamadas “listas de espera” y de las implicaciones que las mismas pueden tener sobre toda esta cuestión. En el estado actual de la protección social en materia sanitaria, derivado del mandato constitucional del derecho de protección a la salud (art. 43.1 CE) no permite una interpretación mezquina del precepto que nos ocupa. Por tanto estimamos que concurría una urgencia vital (...)”*.



Por lo precedente argumentado, esta Institución concluye que la demora y una deficiente atención sanitaria, como las que han ocurrido en este caso concreto, determinan la existencia del presupuesto legitimador de la institución del reintegro de gastos por la intervención a la que hubo de someterse el paciente.

En virtud de todo lo expuesto, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, consideramos oportuno formular la siguiente **Resolución:**

ÚNICA: Recomendar a la Gerencia Regional de Salud que proceda al reintegro de gastos a D. XXX por la intervención quirúrgica llevada a cabo en un centro médico privado, cuya procedencia aparece justificada por la concurrencia de los elementos materiales que justifican dicho reintegro.

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

EL PROCURADOR DEL COMÚN
Tomás Quintana López