

PENSIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Universidad de Granada

LA URGENCIA VITAL EN EL REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS. RÉGIMEN JURÍDICO Y REQUISITOS

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, de 31 de enero de 2012

VICTORIA RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN*

SUPUESTO DE HECHO: El recurrente, presentando un síndrome isquémico coronario agudo y cuadro de insuficiencia cardiaca, ingresa en el Hospital Universitario de Canarias, en el que se le prescribe la realización de una operación quirúrgica, si bien, ante la carencia de los medios necesarios para ello es remitido a la Clínica Puerta de Hierro de Madrid. El rechazo que ésta manifiesta a la práctica de la intervención requerida por no considerar al paciente candidato para tratamiento quirúrgico motiva que el Servicio Canario de Salud contacte con la Clínica Ruber de Madrid, instándole la realización de dicha intervención. La solicitud es aceptada por el centro sanitario privado en cuestión, quedando programada la operación para la fecha en que el doctor designado volviese de vacaciones, con la advertencia de que, mientras tanto, el paciente no debía realizar ningún esfuerzo y había de estar sometido a riguroso control médico. El actor reclama el reintegro de la cantidad de 38.218,01 euros, en concepto de gastos originados por la revascularización miocárdica que le fue practicada en la sanidad privada.

RESUMEN: La sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, de 31 de enero de 2012 (ROJ: STS 1196/2012) resuelve un recurso de casación para la unificación de doctrina formulado contra la sentencia de la Sala de lo Social del TSJ de Canarias de 19 de noviembre de 2010, resolución que, a su vez, resolvió el interpuesto contra la sentencia del Juzgado de lo Social núm. 3 de Santa Cruz de Tenerife, de fecha 15 de octubre de 2009. El alto tribunal ha de determinar en el presente caso si procede o no el reintegro de los gastos dimanados de la asistencia sanitaria dispensada en una clínica privada y, por tanto, a través de un medio ajeno al Sistema Nacional de Salud. Tras estimar la concurrencia de los requisitos legal y reglamentariamente exigidos para la articulación del derecho al reembolso, la Sala revoca finalmente la sentencia recurrida.

* Becaria de investigación FPU. Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. MARCO NORMATIVO DEL REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS
3. REQUISITOS EXIGIDOS
 - 3.1. El carácter vital de la urgencia
 - 3.2. El carácter urgente e inmediato de la asistencia sanitaria requerida
 - 3.3. La imposibilidad de utilización oportuna de los servicios públicos de salud
 - 3.4. La inexistencia de una utilización abusiva de los servicios
4. VALORACIÓN FINAL

1. INTRODUCCIÓN

La urgencia vital en cuanto causa justificativa de la intervención de la medicina privada a cargo del Sistema Nacional de Salud se caracteriza por una marcada circunstancialidad¹, de modo que toda aproximación al tema requiere una exigente labor de espiguo en los factores que asisten a su concurrencia. No en vano, se ha afirmado que “los supuestos de urgencia vital e imposibilidad de utilizar oportunamente los servicios de salud no se presentan normalmente en su pureza conceptual, sino que generalmente lo hacen en circunstancias que dificultan su identificación”². En efecto, el carácter litigioso de la cuestión motiva que la jurisprudencia haya desempeñado un papel clave en la definición y delimitación de los conceptos que incorpora la articulación de la asistencia sanitaria a través de medios ajenos al Sistema Nacional de Salud. Téngase en cuenta que términos como el de urgencia vital, llevan aparejadas las dificultades propias de todos los conceptos que, no siendo jurídicos, son convertidos en tales al constituir el supuesto de hecho de determinadas normas³.

En definitiva, y siendo como es el reintegro de gastos médicos una materia eminentemente casuística, el buceo jurisprudencial al respecto se evidencia como una eficaz forma de descender a su razón de ser, contenido e implicaciones. La STS de 31 de enero de 2012 constituye uno de los más recientes exponentes de lo antedicho, de ahí el interés que reviste el estudio de las conclusiones en ella vertidas. Lo cierto es que no supone un pronunciamiento

¹ El peligro para la vida o salud de una persona se halla en función de múltiples factores, señaladamente: la gravedad de la enfermedad o lesión, la distancia del centro sanitario más próximo, el equipamiento disponible en éste, el sistema de comunicaciones o la intensidad del tráfico, así como las características de los medios de locomoción empleados. Véase RUBIO SÁNCHEZ, F.: “Estudio de algunos supuestos de reintegro de gastos por prestaciones sanitarias externas al Sistema Nacional de Salud”, en *Revista Aranzadi Social*, BIB 1999\1540.

² STSJ de Islas Baleares de 6 de mayo de 2009.

³ APARICIO TOVAR, J.: *La Seguridad Social y la protección de la salud*, Cívitas, Madrid, 1989, pág. 240.

judicial más al respecto, pues, con mayor ambición, permite repasar y repensar la doctrina jurisprudencial más actualizada en la materia. Es por ello que, a lo largo de las líneas que siguen, se propone un recorrido de la asistencia sanitaria externa al Sistema Nacional de Salud, con la resolución en cuestión como telón de fondo, pero sin dejar de hurgar en las principales aportaciones doctrinales que tanto han contribuido en la labor acotadora de la urgencia vital como supuesto que justifica la articulación del reembolso de los gastos médicos.

2. MARCO NORMATIVO DEL REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS

El derecho a la asistencia sanitaria reconocido en el art. 43 CE se materializa a través de los centros e instituciones, bien propias, bien concertadas, que integran el Sistema Nacional de Salud, en lo que constituye un sistema de prestación directa. Así se desprende del art. 45 LGS, el cual preceptúa que “el Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud”. Es, por tanto, mediante sus estructuras como se dispensa el servicio público fundamental en que la sanidad consiste. Consecuentemente, la vertiente sanitaria de nuestro modelo de protección social no asume, en principio, la cobertura de los gastos derivados de la provisión de prestaciones en medios que no sean los designados y organizados al efecto. Si el titular acude a otros al margen de la infraestructura que el sistema dispone en cumplimiento del mandato constitucional del art. 43, correrán a su cargo los costes emanados de la atención sanitaria recibida⁴, salvo determinados supuestos excepcionales estipulados bajo la figura del reintegro de gastos. Es ésta, por tanto, la principal lanza que rompe la regla básica de provisión de prestaciones sanitarias mediante las instituciones del SNS, si bien sujeta a severos y rigurosos límites según se analizará más adelante.

Al tema se refiere el art. 102.3 del Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aún en vigor, señalando que “las Entidades obligadas a prestar asistencia sani-

⁴ El art. 17 LGS señala que “las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán a estos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos de aquellos que les correspondan en virtud de lo dispuesto en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las normas que aprueben las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias”.

taria no abonarán los gastos que puedan ocasionarse cuando el beneficiario utilice servicios médicos distintos de los que le hayan sido asignados, a no ser en los casos que reglamentariamente se determinen”. En similares términos se expresa el art. 9 LCC al disponer 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, sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte”. No resulta costoso advertir que los casos extraordinarios de asistencia sanitaria a través de medios extraños al SNS suponen una suerte de mecanismo complementario de garantía en la satisfacción del derecho constitucional a la protección de la salud⁵ y, por tanto, una extensión de la protección, puesto que “ésta ya no comprende sólo la asistencia con medios propios, sino también, en determinados supuestos, la prestada por medios ajenos”⁶. En este sentido, y conforme reiterada jurisprudencia, el reintegro de gastos médicos es mucho más que una simple reclamación de cantidad, es una ampliación de la cobertura de la acción protectora a tales supuestos excepcionales⁷.

La técnica del reembolso de los costes derivados de la asistencia recibida en servicios ajenos al Sistema Nacional de Salud goza, conviene insistir, de 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 modo que carecen de la posibilidad de obtener el reintegro de aquellos gastos ocasionados por la dispensación de unos servicios sanitarios que podían haber sido

⁵ Areta Martínez, M.: “Sobre el carácter excepcional del reintegro de gastos sanitarios por el sistema nacional de salud y la inclusión o no de la asistencia sanitaria pública en el Sistema de Seguridad Social”, en *Revista Aranzadi Social*, núm. 20 (2007), BIB 2007\2783.

⁶ Desdentado Bonete, A. y Desdentado Daroca, E.: “El reintegro de los gastos de la asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos a la Seguridad Social”, en *RMTAS*, núm. 44 (2003), pág. 21.

⁷ Indicó la STS de 7 de julio 1995, y reiteraron con posterioridad las de 17 de julio de 2000, 20 de marzo de 2001 y 30 de junio de 2004, que “la colocación de las normas de la Seguridad Social de la acción de reintegro de gastos médicos abona su consideración de prestación, y esta consideración se confirma atendiendo a su intrínseca naturaleza, pues es ciertamente una reclamación de cantidad, pero esta cantidad no es sino el valor de la prestación de la asistencia sanitaria que el beneficiario o sus familiares han decidido recibir por servicios ajenos a la Seguridad Social, bien porque ésta se la denegó indebidamente, bien porque razones de urgencia vital obligaron a prescindir de los servicios asignados por la Entidad Gestora. El derecho a este reintegro presupone el derecho a la prestación, y por consiguiente si es declarado el derecho al mismo, implica el reconocimiento a la prestación de asistencia sanitaria, y a su vez si no existe este derecho a la prestación el reintegro debe ser denegado”.

provistos en las instalaciones del SNS. Se trata de diferenciar entre necesidad y deseo, y es que “la satisfacción de los deseos, por muy legítima y comprensible que resulte, no puede ser objeto de un sistema público de protección instrumentado para atender necesidades y sostenido por la solidaria contribución de todos los ciudadanos”⁸. El marcado carácter extraordinario de la cuestión reside, por tanto, en razones estrechamente imbricadas en la racionalización que ha de presidir la gestión de los recursos sanitarios disponibles. En este sentido, se ha afirmado que “un sistema público de prestación directa tiene ventajas importantes, pero de él se derivan también limitaciones por exigencias organizativas y financieras”⁹. El objetivo reside, pues, en una eficaz armonización entre la administración de los medios sanitarios limitados y las necesidades de asistencia en casos extremos no susceptibles de ser atendidos en el seno de la sanidad pública. En efecto, se trata de lograr el equilibrio entre, de un lado, la garantía del derecho fundamental a la asistencia sanitaria, materializado conforme a su predicación constitucional en prestaciones suficientes y de calidad e iguales para todos (universales) y, de otro, la organización de unos recursos tasados y limitados en el seno de un servicio cuya estabilidad financiera es inquebrantable premisa, máxime cuando de ésta depende la garantía de las anteriores notas asociadas a las prestaciones sanitarias. Por tanto, los criterios de igualdad e idoneidad han de compatibilizarse con el empeño de preservar su mantenimiento y viabilidad financiera. En este contexto, se ha advertido como presupuesto o “punto incuestionado e incuestionable” que el SNS ha de obrar conforme a unos principios mínimos de funcionamiento, respetar los márgenes derivados del carácter limitado de los recursos, garantizar la eficacia e igualdad de los servicios y evitar arriesgar su estabilidad financiera. Y es que, en otro caso, se asistiría a un inadecuado reparto de los recursos o, incluso, a “la propia desaparición del sistema”¹⁰.

Tras el Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, cuyo art. 18¹¹ hacía referencia expresa, como supuestos motivadores del reintegro, a la denegación injustificada y la urgencia vital, el art. 5.3 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de

⁸ STSJ de Galicia de 20 de julio de 2012.

⁹ Desdentado Bonete, A. y Desdentado Daroca, E., loc. cit., pág. 29.

¹⁰ Azagra Solano, M.: “El reintegro de gastos sanitarios: cómo, cuándo, por qué”, en *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 9 (2011), BIB 2010\2468.

¹¹ Doblemente derogado por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero y el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto.

Salud, los redujo exclusivamente a la urgencia vital, añadiéndose esta vez el adjetivo de inmediata. Por su parte, el 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, deroga al anterior y asume, en su art. 4.3, la regulación del reintegro de gastos, manteniendo la urgencia vital e inmediata como supuesto excepcional en que se contempla el reembolso. En concreto, una vez sentado que “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 aquél”, el precepto aduce 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 aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”. Tal y como el Tribunal Supremo pone de manifiesto en la sentencia objeto de comentario, la pauta reglamentaria debe ser interpretada de tal forma que sus prescripciones solamente tengan un sentido aclaratorio, pero no restrictivo, del alcance de la norma legal que desarrolla. Lo cierto es que la resolución judicial en cuestión presenta la virtualidad de constituir el primer pronunciamiento en cuestionar si el art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006 incide o no en *ultra vires* al desarrollar el art. 9 LCC, transcrito líneas arriba, ya que, como la Sala argumenta, donde la ley habla de “situaciones de riesgo vital”, el reglamento se refiere a “casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital”, al tiempo que en los casos en que la ley solo alude a que se justifique que no se pudieron utilizar los medios del Sistema Nacional de Salud, la norma reglamentaria añade que se compruebe “que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”. Concluye el alto tribunal la inexistencia de extralimitación en el desarrollo de la ley, siempre que se evite una interpretación del precepto reglamentario que implique una restricción excesiva de los derechos del ciudadano beneficiario que no ha sido expresamente querida por el legislador, lo que resultaría del todo contrario al derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 43 CE.

3. REQUISITOS EXIGIDOS

Para que proceda el reintegro de gastos, la jurisprudencia, a la luz del art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006, insiste en la preceptiva concurrencia de cuatro requisitos, dos positivos y dos negativos, que vuelven a ser pregonados en la STS de 31 de enero de 2012.

3.1. El carácter vital de la urgencia

En primer lugar, ha de tratarse de una urgencia de carácter vital, tal y como la adjetiva el precepto reglamentario. Resulta exigible, pues, que se presente una situación de riesgo inesperado e imprevisible, situación que ha de ser, a su vez, objetiva y contrastada. Como reiteradamente se ha puesto de relieve, no toda urgencia resulta vital, sino únicamente aquella que es más intensa y extremada y que se caracteriza, en los más de los casos, porque en ella está en peligro la vida del afectado¹². Ahora bien, en términos menos graves, también se aprecia la urgencia vital en la concurrencia de un peligro que dificulte la curación definitiva del enfermo o que provoque la pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona¹³, aunque la lesión se halle en una zona periférica del cuerpo. Según se advierte, la jurisprudencia aboga acertadamente 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. De modo expresivo, se ha señalado que es “a la afectación previsible de la vida, sin necesidad de llegar a su pérdida, a lo que ha de referirse el concepto de vital”¹⁴, 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 suficiente que racionalmente pueda representarse la probabilidad cierta de que un retraso en recibir la asistencia pueda producir daños graves para la salud en forma de secuelas o incluso de la prolongación en el tiempo de sufrimientos intolerables. Más aún, la integridad moral queda también incluida en la noción de urgencia vital. Y ello porque la salud constituye en todos sus aspectos un valor vital, de forma

¹² SSTs de 31 de mayo de 1995 y 19 de febrero de 1997.

¹³ A tal efecto, conviene reproducir parte de la STS de 20 de octubre de 2003, tal y como hace la de 31 de enero de 2012, si bien erróneamente data a la anterior de fecha de 14 de octubre de tal año: “Hemos de valorar si esa urgencia era o no “vital”. Término que en el Diccionario de la Real Academia tiene dos acepciones: “perteneciente o relativo a la vida”, y “de suma importancia o trascendencia”. Obviamente que el problema hermenéutico consiste en precisar si la urgencia vital se refiere únicamente al peligro de muerte inminente o si debe también incluirse la pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona. Si el autor de la norma reglamentaria hubiera querido restringir los supuestos a los riesgos de pérdida de la vida, así lo hubiera expresado en términos tales como “peligro inminente de muerte”, pero no se hizo así. Se acudió a una expresión de mucho más amplio contenido, “urgencia vital”, que hemos de interpretar conforme a la segunda de las acepciones del término, referida a la suma importancia o trascendencia”.

¹⁴ STS de 17 de diciembre de 2003.

que no se trata “de la conservación escueta de la vida ni de los elementos que físicamente la constituyen en su más descarnada elementalidad, sino también de cuantos determinan la plenitud de su dignidad, y no sólo los físicos, anatómicos y fisiológicos susceptibles de restauración o preservación por medios sanitarios, sino también los morales que de su deterioro puedan verse afectados”¹⁵.

3.2. El carácter urgente e inmediato de la asistencia sanitaria requerida

La asistencia sanitaria 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. El conjunto de calificaciones que acompaña a la asistencia sanitaria en el precepto reglamentario (urgente, inmediata y de carácter vital¹⁶), no pretende sino incidir en la noción de gravedad que pivota sobre las circunstancias del caso concreto, excluyéndose aquellos supuestos no conectados a la misma de forma estricta. En efecto, el carácter apremiante de la asistencia radica en la base del concepto manejado. No resulta suficiente que el recurso a medios ajenos al SNS reporte mayores ventajas o mejore las expectativas, pues se requiere además que la atención sanitaria alternativa en ellos se revele inaplazable, inexcusable. La concurrencia de una real urgencia vital precisa el acaecimiento de una situación en la que la intervención se evidencie imprescindible, y no simplemente conveniente, por lo que no se aprecia si existe un traslado a otra localidad o a un centro privado existiendo centros públicos más próximos. En coherencia con ello, la justificación del derecho al reintegro no se extiende a la falta de éxito del tratamiento dispensado en el sistema público sanitario, sino exclusivamente a la concurrencia de un panorama de urgencia, acreedor de una atención sanitaria inmediata y que, a su vez, no pueda ser dispensada por los servicios sanitarios asignados.

En coherencia con lo anterior, se excluyen del mecanismo del reintegro los supuestos de revisiones médicas periódicas, tratamientos posteriores a una intervención quirúrgica urgente y rehabilitaciones de secuelas consolidadas, lo cual resulta acertado, toda vez que se asiste en los mismos a una notoria ruptura con las notas de urgencia e inmediatez que debe adjetivar la asistencia sanitaria dispensada a través de medios ajenos. Así lo entiende también SEMPERE

¹⁵ STSJ de Asturias de 21 de febrero de 2003.

¹⁶ La sentencia analizada insiste en que el hecho de que el Real Decreto no hable solamente de “riesgo vital” sino que, tras repetir la expresión legal, 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.

NAVARRO, para quien únicamente queda justificado el reembolso si lo recibido ha ido directamente encaminado hacia la curación de la urgencia, de forma que, aunque haya necesidad urgente, los cuidados no dirigidos a la patología referencial merecen ser descartados a efectos de reembolso¹⁷.

En todo caso, conviene precisar que el momento de valoración de la urgencia vital no se sitúa “a posteriori”, sino “ex ante”, en el momento de presentarse, por lo que debe apreciarse la razonabilidad de la decisión adoptada en cuanto a la elección de la asistencia sanitaria en base a la representación de la gravedad de la situación en el momento en que ésta se presenta. El que después de prestada esa atención sanitaria, la situación se revele de menor gravedad de lo que inicialmente podía aparentar no es causa para descalificar la urgencia¹⁸.

3.3. La imposibilidad de utilización oportuna de los servicios públicos de salud

La imposible utilización oportuna de los servicios públicos de salud emerge en otro de los requerimientos inherentes a la noción de urgencia vital, de modo que, o bien no es factible recurrir a dichos servicios, o bien resulta extremadamente dificultoso o desaconsejable médicamente. No basta, pues, con la existencia de un riesgo inminente que requiera una atención urgente, ya que es preciso, además, que tal urgencia determine la imposibilidad de acceso del beneficiario a los centros que el SNS dispone al efecto, al tratarse de “la aparición súbita de un cuadro clínico que requiere una inmediata atención, imposibilitando acudir al servicio médico asignado”¹⁹. Ha de existir, en suma, perentoriedad o premura en la actuación, de suerte que se corre el riesgo de infligir un daño irreparable o de difícil subsanación al estado sanitario del enfermo si éste se resigna a la demora connatural al recurso al sistema público sanitario. En estos casos, la necesidad de asistencia es tan apremiante que no admite retardo alguno, es decir, no se dispone del tiempo necesario para acudir a los servicios públicos de salud por circunstancias tales como el alejamiento geográfico, la tardanza en la prestación de la atención sanitaria o el hecho de que el servicio en cuestión no esté en condiciones de prestarla (como es el supuesto sobre el que se pronuncia la sentencia comentada). Es por ello que se ha instado a poner en relación dos plazos distintos: el necesario para obtener, en función de las circunstancias del caso, la asistencia pública debida y el nece-

¹⁷ Sempere Navarro, A. V.: *El derecho a la asistencia sanitaria pública (régimen jurídico de la prestación sanitaria y reintegro de gastos)*, Discurso leído en su ingreso como académico de número de la Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia el 3 de noviembre de 2009, pág. 127.

¹⁸ STSJ de Canarias de 3 de septiembre de 2012.

¹⁹ STS de 25 de octubre de 1999.

sario 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 urgente²⁰.

3.4. La inexistencia de una utilización abusiva de los servicios

En directa conexión con el requisito anterior²¹, se exige que la utilización de los servicios no resulte desviada o abusiva, esto es, debe acreditarse que el paciente no acudió a los servicios ajenos a la sanidad pública de forma caprichosa e irrazonable. Como indica la sentencia objeto de comentario, este presupuesto incide en la previsión que efectúa el legislador (y que el Real Decreto reitera), referida a la imposibilidad de utilizar los servicios públicos “oportuna-mente”, adverbio que la norma reglamentaria añade y que, lejos de restringir, amplía la posibilidad del recurso a la sanidad privada, ya que 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. En consecuencia, no procede el reintegro en aquellos casos en que, sin acreditarse la inadecuación o tardanza del tratamiento recibido en sede pública, se opta deliberada y voluntariamente por la vía privada. La doctrina de suplicación ha insistido en este aspecto, señalando que los tribunales deben proceder con criterio cauteloso a fin de evitar conceder el reintegro de cantidades devengadas por cuidados médicos que pudieran ser provistos en los servicios públicos sanitarios, los cuales disponen de medios técnicos y humanos muy cualificados, por lo que en ocasiones puede tratarse de decisiones interesadas tendentes a agotar todo tipo de posibilidades terapéuticas, lo que sería comprensible pero no justificaría el reembolso, pues “no se puede aceptar que tales conductas, aun siendo absolutamente explicables, incidan en una institución social que tiene necesariamente que limitar sus prestaciones en aras del principio de igualdad y solidaridad”²².

²⁰ STSJ de Castilla y León de 6 de junio de 2012.

²¹ La STS de 31 de enero de 2012 que se comenta es contundente al señalar que “no cabe otra interpretación: si se demuestra la imposibilidad de utilización de los medios públicos es del todo evidente que no se ha hecho una utilización desviada o abusiva de los medios privados”.

²² STSJ de Galicia de 11 de junio de 2012.

4. VALORACIÓN FINAL

De los requisitos recién analizados, bien puede afirmarse que todos y cada uno de ellos concurren en el supuesto de hecho sobre el que se pronuncia la STS de 31 de enero de 2012, y así es advertido acertadamente por el alto tribunal. Lo cierto es que el carácter vital, inmediato y urgente de la asistencia sanitaria requerida se desprende abiertamente de la grave lesión cardíaca que presentaba el paciente, y que justificó, según se anticipó en las líneas iniciales del presente comentario, una revascularización miocárdica. Como es consolidada jurisprudencia, la urgencia vital implica la existencia de un riesgo inminente para la vida, así como la pérdida de órganos o miembros fundamentales para el desarrollo normal del vivir, por lo que no se encuentra constreñida a aquellos casos en que se halle en peligro la misma subsistencia, dado que también existe necesidad de recibir asistencia sanitaria urgente y de carácter vital a fin de conservar los aparatos y órganos del cuerpo humano o su mejor funcionalidad, o para lograr una mejor calidad de vida y menor dolor y sufrimiento²³.

En todo caso, la urgencia vital no sólo se desprende en el caso de autos del diagnóstico consignado en los hechos probados, pues también la Sala concluye su concurrencia a raíz de la actuación del Servicio Canario de Salud, el cual remitió al paciente a la Clínica Puerta de Hierro, y dado el rechazo por parte de ésta a la intervención en cuestión, contactó con la Clínica Ruber de Madrid, a fin de solicitar su práctica. A su vez, de tal hecho se extrae la convergencia de otro requisito, más concretamente, la ausencia de una utilización abusiva de los servicios, y es que, según se constata, no fue el paciente quien decidió por propia iniciativa abandonar voluntariamente la sanidad pública para acudir a la privada, sino que, por el contrario, fue el Servicio público de Salud el que le dirigió a la clínica externa, instándole al recurso a la misma, ante la imposibilidad de recibir adecuado tratamiento a su cuadro clínico en los centros públicos asignados al efecto.

Por último, el requisito atinente a la imposibilidad de utilización oportuna de los servicios públicos de salud queda igualmente acreditado en el caso enjuiciado por la sentencia que se comenta, a consecuencia de la negativa que mantiene el centro público indicado a acometer la intervención solicitada. Lo anterior encaja a la perfección con la situación objetiva de riesgo en que se traduce la urgencia vital, en el sentido de que el hecho de que aquél no esté en

²³ STS de 17 de julio de 2007.

condiciones de prestarla en la forma requerida pone en peligro la curación del enfermo. Y es que, como bien aprecia el Tribunal, no resulta exigible al paciente que recorra, por propia iniciativa, otros hospitales públicos en aras de lograr localizar aquel que acceda a la práctica de la operación. Parece que, en empleo esta vez de diferentes términos, el alto tribunal vuelve a proscribir, como ya hizo en otros pronunciamientos²⁴, el “peregrinaje” por los hospitales públicos en la búsqueda de la asistencia sanitaria requerida. La noción de urgencia vital, conviene insistir, denota perentoriedad y supone, pues, que la medida terapéutica es inaplazable, hasta el punto de que cualquier demora determina grave peligro para la integridad del paciente con imposibilidad de utilizar los servicios de la medicina oficial²⁵.

²⁴ Señaladamente, la STS de 19 de diciembre de 2003.

²⁵ STSJ de La Rioja de 4 de abril de 2012.