

LA ASISTENCIA SANITARIA EN VIAJE. EL GASTO SANITARIO Y EL TERCERO OBLIGADO AL PAGO

José Domingo Valls Lloret

Doctor en Derecho. Profesor Titular de Derecho Civil. Universidad de Barcelona

Este trabajo es consecuencia de un dictamen realizado a los efectos de determinar la perseguibilidad, la reclamación y el cobro de facturas emitidas por hospitales públicos respecto de ciertos servicios sanitarios prestados a ciudadanos europeos titulares de tarjeta sanitaria europea.

ÍNDICE

1. Introducción
2. El beneficiario del servicio y el tercero obligado de pago
3. El pago o cumplimiento del servicio prestado por un hospital público
4. Conclusiones
5. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

En estos momentos la crisis que afecta a Europa, y en particular a ciertos miembros de la Unión Europea, está conduciendo a muchos de éstos a situaciones económicas internas que requieren la toma de medidas económicas de ahorro y austeridad de una magnitud y severidad inimaginables hace unos pocos años. La urgencia con que las referidas medidas han debido ser tomadas, ha provocado que, en ocasiones, los órganos políticos encargados de ejecutarlas, no hayan diferenciado con suficiente nitidez y capacidad estratégica los gastos superfluos, de aquellos gastos cuya reducción inmediata comporta, como contrapartida, una reducción significativa de la calidad de los servicios.

En concreto me refiero al gasto sanitario, donde resulta sorprendente la lentitud con la que se están introduciendo instrumentos de control del desmesurado gasto público que el sistema sanitario público genera, por el mero hecho de su existencia, y con independencia de los servicios que presta, habiéndose dado la paradoja de que las distintas administraciones sanitarias, que se han visto draconianamente adelgazadas en relación con sus recursos dedicados a fines directamente asistenciales, no han actuado en

relación con su verdadero agujero negro, que no es otro que unos sistemas de gestión interna desfasados e ineficientes.

Ello ha dado pie a que ciertos síntomas, resultantes de este descontrol público, cuanto menos ya se hayan detectado, aunque no atajado. El diagnóstico parece claro y fácil, pero tomar decisiones es más difícil, o al menos lo es para todo aquello que depende del dinero público. En este trabajo me voy a referir a una situación como es la referida a los gastos generados por tratamientos sanitarios recibidos en hospitales públicos por aquellos ciudadanos europeos que siendo titulares de tarjeta sanitaria lo son también de un seguro de asistencia en viaje.

Excluimos el turismo sanitario entendido como tal, que no es mas que un fenómeno asistencial y que, salvo excepciones, no afecta a las arcas públicas. Si alguien acude expresamente a un país para tratarse de alguna enfermedad deberá hacerse cargo de los gastos resultantes de su actuación. Dentro de os países europeos ese turismo sanitario se produce en su mayoría respecto de instalaciones y hospitales privados, que no públicos. El viajar de un país a otro para ser tratado en un centro público, no es más que una picaresca que apenas se produce respecto de ciudadanos europeos aunque, quizás con mayor frecuencia, respecto de nacionales de país ajenos a la Unión europea. En este caso no se trata de turistas, sino de extranjeros que vienen a tratarse a Europa, más concretamente a España.

De lo que vamos a hablar aquí es de quién ha de pagar el gasto sanitario producido por el tratamiento recibido por un ciudadano europeo en un hospital público español, en el periodo en que está de vacaciones. Es decir en tanto que tiene el calificativo de

turista, por estar temporalmente en España y no ser residente. Que sea ciudadano europeo, por ser nacional de un país integrado en la Unión europea y por tanto es titular de una tarjeta sanitaria europea. Y, no menos importante, que sea titular de un seguro de asistencia en viaje, que incluya la cobertura de sus gastos sanitarios médicos y asistenciales.

El supuesto de hecho está perfectamente perfilado. Se trata de un supuesto que en España se da respecto de millones de ciudadanos europeos cada temporada turística.

PALABRAS CLAVE

Gasto sanitario. Pago por tercero. Tercero obligado al pago. Sanidad Pública. Tarjeta Sanitaria Europea. Asistencia sanitaria a Turistas.

2. EL BENEFICIARIO DEL SERVICIO Y EL TERCERO OBLIGADO DE PAGO.

Una muestra de lo anterior es la dejadez con la que las administraciones suelen gestionar las reclamaciones de pago a los pacientes privados de la sanidad pública y, también, la facturación a terceros obligados al pago y la reclamación a los mismos. En este sentido, las malas prácticas de gestión sanitaria han permitido una perversión del principio de gratuidad de las prestaciones, hasta el punto de generarse la falsa creencia de que en España los servicios sanitarios siempre van a cargo de los fondos públicos.

Sin embargo, semejante afirmación, aceptada por desconocimiento en la mayoría de los casos, pero elevada a categoría de dogma por intereses comerciales en muchos otros, no recoge en absoluto ni la letra ni el espíritu de la normativa española que regula quién debe hacerse cargo de los gastos y honorarios médicos y en qué casos. Así se establece en la normativa sobre la sanidad pública española, y en concreto en la Ley General de la Seguridad Social y Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad. Ésta en el apartado II de su Exposición de motivos, lo que establece, es únicamente un principio de gratuidad respecto del usuario que acredite su condición de asegurado en el sistema sanitario público: “*La Ley da respuesta al primer requerimiento constitucional aludido, reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, si bien, por razones de crisis económica que no es preciso su-*

brayar, no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones”; pero en ningún caso se establece que el gasto médico deberá ser siempre a cargo de las arcas públicas. Más bien al contrario, la misma norma, en su artículo 83 y concordantes, establece que la Sanidad Pública Española únicamente deberá asumir el pago de los gastos y honorarios derivados de las atenciones médicas prestadas a un paciente, siempre que no exista un tercero obligado al pago, es decir, que la Sanidad Pública Española únicamente debe pagar por defecto, entendiéndose obligado al pago aquel que esté obligado a cubrir los gastos asistenciales en viaje. Se trata de una determinación de quién ha de pagar y quién es el tercero obligado de pago, que si bien en la ley puede existir algún claroscuro, la jurisprudencia, como veremos, se ha encargado de determinar con exactitud.

Todo ello, sin que en ningún momento se resientan los dos principios básicos constitucionales que son la igualdad de trato de los extranjeros respecto de los nacionales ni, como ya he apuntado anteriormente, el principio de gratuidad de la sanidad española

En este sentido, cabe citar las siguientes disposiciones concretas:

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad:

Art. 83. 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 clientes.

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.

Sin perjuicio de lo anterior, es preciso aclarar el alcance de la figura del “tercero obligado al pago”, aclaración que se halla contenida en la normativa complementaria y de desarrollo de la referida Ley general de Sanidad. No se trata de una construcción dogmática ni doctrinal, sino que la ley, lo define expresamente:

Apartado 1. 1) de la Disposición Adicional Vigésima segunda del real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social.

1. No tendrán la naturaleza de recursos de la Seguridad Social los que resulten de las siguientes atenciones, prestaciones o servicios:

1) 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 Salud, en gestión directa 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.

Apartado f) de la Disposición Adicional cuarta del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

f) La reclamación del coste de los servicios prestados siempre que aparezca un tercero obligado al pago o cuando no constituyan prestaciones de la Seguridad Social artículo 83 de la Ley General de Sanidad y disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

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 en relación con el Anexo IX del mismo.

7. 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 la 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 esta-

blecido en el artículo 16 de la Ley General de Sanidad.

Anexo IX

Conforme a lo previsto 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 el real decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, en el artículo 2.7 del presente real decreto y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, 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:

4.- Seguros obligatorios:

c) Seguro obligatorio de viajeros.

6.- Ciudadanos extranjeros:

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

7.- Otros obligados al pago:

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.

Asimismo, es preciso resaltar que, en virtud de una interpretación integradora de las anteriores disposiciones, la jurisprudencia también ha establecido que debe entenderse las figuras de “tercero obligado al pago” y “tercero responsable” como equivalentes, sin que quepa interpretar el término “responsable” como el requisito de la supuesta existencia de una responsabilidad civil de un tercero como causante de la situación que ha dado lugar a la necesidad, del paciente, de recibir atenciones médicas:

SAP A Coruña (Sección 5ª) de 25 de octubre de 2001. F.J. 3º

TERCERO.- Tampoco podemos compartir la in-

interpretación que se hace en el recurso del artículo 83 de la Ley General de Sanidad que comentamos por cuanto el adjetivo «responsable» aplicado al tercero no ha de considerarse sinónimo de culpa o dolo causantes, como si la prestación sanitaria se hubiera producido como consecuencia del hecho de un tercero, en el decir de la recurrente, sino que tal calificativo ha de ser entendido como uno de los elementos de toda obligación –deuda y responsabilidad–. En efecto, el citado precepto sienta la regla general de que en todos aquellos supuestos en que exista un tercero obligado al pago, cualquiera que sea la causa de la obligación de ese tercero –contractual, extracontractual o procedente de delito– pues no se hace distinción alguna, los gastos de la prestación no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social sino precisamente por el tercero obligado al pago al que se hace referencia en el párrafo primero del precepto comentado. Por tercero hemos de entender quien ni presta ni recibe la atención médica y es por tanto ajeno a dicha relación jurídica asistencial por no ser parte en la misma de acuerdo con el artículo 1.257 del Código Civil. Para facilitar la efectividad del principio que establece la regla general se ha creído conveniente establecer, en el párrafo segundo, la acción directa pues el precepto analizado no comprende sólo supuestos que puedan ampararse en el artículo 76 de la Ley de Contrato de Seguros o en el 117 del Código Penal (RCL 1995, 3170 y RCL 1996, 777), sino que es más amplio y abarca casos diferentes al seguro de responsabilidad civil, cual sucede en el supuesto que nos ocupa por razón del seguro de asistencia sanitaria concertado por el asegurado, diabético, que hubo de ser atendido con carácter urgente por cuanto llegó a perder la conciencia como consecuencia de una hipoglucemia. En consecuencia todos los criterios interpretativos del artículo 3 del Título Preliminar del Código Civil –gramatical, sistemático y teleológico– nos llevan a la conclusión expuesta pues de otra manera, si seguimos la interpretación propuesta por el recurrente el precepto sería superfluo pues bastaría con el artículo 76 de la Ley de Contrato de Seguros o el 117 del Código Penal.

SAP Huesca Nº 145/2003, de 11 de junio. F.J. 1º

PRIMERO.- Insiste la recurrente en que deben aplicarse los precedentes de esta Audiencia para dar lugar a la íntegra estimación de la deman-

da, que procede conforme al reiterado criterio expuesto por este Tribunal en las sentencias de 7 de septiembre de 1993 (AC 1993, 1635) (en el que se trata de un caso análogo al presente, lesiones del conductor del único vehículo implicado con asistencia sanitaria cubierta por seguro voluntario privado), 19 de octubre de 1993, 28 de septiembre de 1994 [AC 1994, 1446], 31 de diciembre de 2002 [RJ 2000, 1348], 27 de febrero de 2003 [JUR 2003, 85655] y 13 de marzo de 2003 [JUR 2003, 117538]. Es de resaltar que en las tres primeras resoluciones este tribunal, como recuerda la de 31 de diciembre de 2002, sostenía sustancialmente que «los gastos de asistencia sanitaria deben correr por cuenta de la aseguradora y no de la Seguridad Social, pues la solución contraria supondría dejar vacío de contenido el seguro concertado con las aseguradoras privadas, las cuales obtendrían un enriquecimiento a costa de un tercero, al percibir la correspondiente prima o precio del contrato sin asumir a cambio ninguna contraprestación, con el consiguiente menoscabo económico de las entidades gestoras de la Seguridad Social por la asunción de siniestros que, en buena lógica, no deben soportar» (RJ 2000, 1348), siendo de resaltar que aunque la actora cuente naturalmente con sus recursos la misma como mutua patronal de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social, conforme al artículo 68 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825), carece de ánimo de lucro y, conforme al artículo 68.4, en relación con el 17 y 80.1, sus ingresos obtenidos como consecuencia de las primas de accidentes de trabajo aportadas a las mismas por los empresarios a ella asociados, así como los bienes muebles o inmuebles en que puedan invertirse dichos ingresos, forman parte del patrimonio de la Seguridad Social y están afectados al cumplimiento de los fines de ésta. Y si en las tres primeras resoluciones citadas se invocaba el artículo 1158 del Código Civil (LEG 1889, 27) y se ponía de manifiesto la especialidad del riesgo cubierto por el seguro voluntario del automóvil frente a la cobertura general de la seguridad social, a partir de la sentencia de 31 de diciembre de 2002, además de invocar el citado principio o criterio de la especialidad del riesgo, venimos razonando el derecho de reembolso partiendo de la misma legislación especial, señalando que «el artículo 83 de la Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril [RCL 1986, 1316]) declara, en su párrafo primero, que no serán finan-

ciados con los ingresos de la Seguridad Social los gastos inherentes a la prestación de servicios de asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos otros, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago; y, en su párrafo segundo, que, a estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en los supuestos regulados en el párrafo primero tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados. La expresión tercero responsable no significa que, para dar lugar a la acción de repetición o de reembolso, deba haber una persona que haya causado las lesiones que determinen la asistencia sanitaria, sino que basta que haya un tercero obligado, como puede ser una compañía de seguros en virtud de un seguro de daños o de personas. Así resulta, decíamos en la repetida sentencia de 31 de diciembre de 2002, de una interpretación sistemática del indicado párrafo segundo del artículo 83, de acuerdo con la redacción contenida en su párrafo primero y las normas complementarias sobre la materia: apartado 6 del anexo II del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero (RCL 1995, 439) (de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud) y disposición adicional vigésima segunda de la Ley General de la Seguridad Social (texto refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio [RCL 1994, 1825]). Una interpretación literal de la expresión tercero responsable apoya la anterior tesis, pues responsable, según el diccionario, no es sólo el culpable de alguna cosa, sino también genéricamente el obligado a responder» (RJ 2000, 1348).

Este mismo criterio lo reiteramos en las sentencias ya citadas de 27 de febrero de 2003 y 13 de marzo de 2003, con lo que vinimos a coincidir con el defendido por las sentencias de la Audiencia Provincial de Baleares, de 21 de enero de 1999 (AC 1999, 2818) y 17 de febrero de 2000 (AC 2001, 2426) (sección tercera), de 25 de marzo de 1999 (AC 1999, 4615) y 8 de julio de 2002 (AC 2002, 2035) (sección cuarta) y de 26 de abril de 2002 (JUR 2002, 185232) (sección quinta); así como por la sentencia de Audiencia Provincial de Gerona, sección primera, de 25 de abril de 2000 (JUR 2000, 209417) (que también invoca el principio de especialidad anteriormente aludido) y por la sentencia de la Audiencia Provincial de la Coruña, sección quinta, de 25 de octubre de 2001 (JUR 2002, 17523), de la que ya nos hi-

cimos eco en nuestra sentencia de 27 de febrero de 2003 indicando que «la misma (JUR 2002, 17523) señala que en realidad el último párrafo del citado art. 83 de la Ley General de Sanidad (RCL 1986, 1316) no hace sino establecer una acción directa a favor de las Administraciones públicas sanitarias frente al tercero responsable del coste de los servicios prestados, de manera que el acreedor —entidad sanitaria— no ha de esperar la inactividad de su deudor —el paciente— para reclamar, en el caso que nos ocupa, de su entidad aseguradora el coste de la prestación, puesto que este costo no supone sino la indemnización a que viene obligada cuando se actualiza el riesgo objeto de cobertura por el seguro de asistencia sanitaria suscrito entre el paciente y la referida aseguradora. Añade dicha Sentencia que el adjetivo «responsable» que se emplea en el art. 83 ha de ser entendido como uno de los elementos de toda obligación —deuda y responsabilidad—, de modo que en todos aquellos supuestos en que exista un tercero obligado al pago, cualquiera que sea la causa de la obligación de ese tercero, los gastos de la prestación no se financiarán con los ingresos de la sanidad pública sino precisamente por el tercero obligado al pago, que es quien ni presta ni recibe la atención médica» (JUR 2003, 85655).

De forma que, como se dice en la sentencia de la Audiencia Provincial de Baleares de 8 de julio de 2002 (AC 2002, 2035), «de acuerdo con los anteriores preceptos cabe extraer el principio de 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 indicar que, siempre que exista 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 provenga, cual es el caso de autos, de la existencia de un seguro privado. La acción de reclamación y la correspondiente obligación de pago por el tercero tiene, pues, su origen fundamental en

la Ley (RCL 1986, 1316) 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».

Sentado lo anterior, tenemos que la expresión tercero responsable del artículo 127.3 del Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aplicable tanto al Instituto Nacional de la Salud como a las Mutuas de Accidentes de Trabajo, no puede interpretarse sino del mismo modo que ya ha quedado expuesto en relación con esa misma expresión cuando es empleada en el citado artículo 83 de la Ley General de Sanidad pues ambos preceptos son complementarios y, como se decía en la sentencia de la Audiencia Provincial de Baleares de 21 de enero de 1999, tienen un contenido similar. Por ello, también en el citado artículo 127.3, la expresión tercero responsable no significa que, para dar lugar a la acción de repetición o de reembolso, deba haber una persona que haya causado las lesiones que determinen la asistencia sanitaria, sino que basta con que haya un tercero obligado al pago del coste de las prestaciones sanitarias, como puede ser una compañía de seguros en virtud de un seguro de daños o de personas en los términos antes explicados.

SAP Illes Balears N° 412/2002, de 24 de junio. F.J. 3º

TERCERO.- La parte demanda, alega, también, en su recurso de apelación la falta de legitimación tanto la activa de Insalud como la pasiva de dicha entidad demandada, por cuanto, manifiesta, que no existe contrato ni pacto o convenio, verbal o escrito, entre las partes que permita a la parte actora iniciar una actuación directa como la que ejercita en la demanda. Asimismo, alega, que el Juzgador de instancia efectúa una interpretación errónea del art. 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril (RCL 1986, 1316), General de Sanidad, en relación con el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro (RCL 1980, 2295 y ApNDL 12928). Añadiendo que si la sentencia de instancia se cumpliera en los términos en ella acordados se estaría en presencia de una absoluta discriminación que atenta al artículo 14 de la Constitución Española (RCL 1978, 2836, ApNDL 2875).

Esta misma Sala al igual que las demás Salas Civiles de esta Audiencia Provincial de Palma de Mallorca ha dictado ya distintas resoluciones en relación con lo dispuesto en el art. 83 de la Ley General de Sanidad (RCL 1986, 1316); en ellas indicábamos que a tenor de lo dispuesto en el referido artículo los ingresos procedentes de la asistencia Sanitaria, en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuesto, asegurados o no, en que aparezca un tercer 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 costo de los servicios prestados. Por su parte, el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero (RCL 1995, 439), de acuerdo con lo establecido en su art. 3 y de conformidad con lo previsto en el aludido art. 83 de la Ley General de Sanidad y en la Disposición Adicional 22 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825), recoge en su Anexo II los casos en que los Servicios de Salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, en cuyo número 6 contiene una cláusula de cierre que se refiere a «otros obligados al pago» y en su apartado final a «cualquier otro supuesto que, en virtud de normas legales o reglamentarias, otros seguros públicos o privados o responsabilidad de terceros por las lesiones o enfermedades causadas a la persona asistida, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes y no con cargo a los fondos comunes de la Seguridad social o de los presupuestos Generales del Estado adscritos a la Sanidad».

De acuerdo con los anteriores preceptos cabe extraer el principio de que los servicios públicos de salud pueden reclamar las prestaciones sanitarias por ellos efectuadas de cualquier tercero obligado al pago, expresión amplia que viene a indicar que, siempre que exista una persona o entidad que legal o reglamentariamente o por virtud de contrato o, incluso, por responsabilidad extracontractual, deba asumir el pago, sub-

siste la facultad de reclamación, sin que sea causa 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 provenga, cual es el caso de autos, de la existencia de un seguro privado.

La acción de reclamación y la correspondiente obligación de pago por el tercero tiene, 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.

Es decir, nos hallamos en presencia de una obligación de origen legal, presentando como evidente «ratio legis» la voluntad del Legislador de no destinar fondos adscritos a la Sanidad Pública cuando las prestaciones correspondientes están ya cubiertas por otros mecanismos.

Es por ello que en el supuesto de autos la parte actora está legitimada activamente para ejercitar la acción base del procedimiento, al igual que la entidad demandada lo está pasivamente para que dicha acción se dirija contra ella. Sin que, por otra parte, el Juez «a quo» haya realizado una interpretación errónea del art. 83 de la Ley General de Sanidad, según pretende la parte demandada- apelante, sino, antes al contrario, una interpretación correcta de lo dispuesto en el repetido artículo 83 en relación con los artículos antes citados.

SAP Illes Balears Nº 447/2002, de 8 de julio. F.J. 2º

SEGUNDO.- Pretensión casi idéntica con el mismo demandante, aunque distinto demandado, fue analizada en la muy reciente sentencia de esta Sala de 24 de junio de 2002 (JUR 2002, 241725) que, por la similitud de lo enjuiciado, servirá de referente a la presente resolución.

Aborda dicha sentencia, lo que es núcleo central de la controversia, la alegación, ahora también aducida, de que no existe contrato ni pacto o convenio, verbal o escrito, entre las partes que

permita a la actora una acción directa contra la entidad aseguradora como la que se ejercita en la demanda, así como lo que considera recta interpretación del art. 83 de la Ley General de Sanidad, antes aludido. La aludida sentencia informa de que «esta misma Sala al igual que las demás Salas Civiles de esta Audiencia Provincial de Palma de Mallorca ha dictado ya distintas resoluciones en relación con lo dispuesto en el art. 83 de la Ley General de Sanidad; en ellas indicábamos que a tenor de lo supuesto en el referido artículo 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 tercer 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 costo de los servicios prestados. Por su parte el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero (RCL 1995, 439), de acuerdo con lo establecido en su art. 3 y de conformidad con lo previsto en el aludido art. 83 de la Ley General de Sanidad y en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825), recoge en su Anexo II los casos en que los Servicios de Salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, cuyo número 6 contiene una cláusula de cierre que se refiere a “otros obligados al pago” y en su apartado final a “cualquier otro supuesto que, en virtud de normas legales o reglamentarias, otros seguros públicos o privados o responsabilidad de terceros por las lesiones o enfermedades causadas a la persona asistida, el importe de las atenciones o prestaciones deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes y no con cargo a los fondos comunes de la Seguridad Social o de los Presupuestos Generales del Estado adscritos a la Sanidad”.

De acuerdo con los anteriores preceptos cabe extraer el principio de que los servicios públicos de salud pueden reclamar las prestaciones sanitarias por ellos efectuadas de cualquier ter-

cer obligado al pago, expresión amplia que viene a indicar que, siempre que exista 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 provenga, cual es el caso de autos, de la existencia de un seguro privado.

La acción de reclamación y la correspondiente obligación de pago por el tercero tiene, 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».

Es por todo lo anterior que se considera a la entidad ASISA como tercero responsable, en los términos ya definidos, razón por la cual procede estimar el motivo de impugnación analizado.

No podemos olvidar que la posibilidad de reclamar el pago de facturas emitidas contra terceros obligados al pago, no es fruto de una idea novedosa surgida a la luz de la imperiosa necesidad de aplicar mejores instrumentos de gestión y control del gasto público, sino que dicha posibilidad viene recogida, en la normativa española, desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad es decir, desde hace más de 25 años. No puede achacarse más que a una dejadez institucional y a la ineficacia pública el hecho de no utilizar la legalidad vigente para conseguir el cobro de estos servicios sanitarios públicos.

Así, y habida cuenta de la antigüedad del soporte legal, resulta necesario plantearse cuáles han sido las causas de que el pago del gasto médico sanitario se haya convertido en uno de los principales agujeros negros de los presupuestos de las distintas administraciones e, incluso, por qué se ha permitido que cristalizara la idea de que cualquier atención médica debía pagarse con cargo a fondos públicos. Y la principal explicación es que, durante estos años, el apa-

rato administrativo de control del gasto sanitario se ha ido convirtiendo en un monstruo burocrático, lastrado con algunos de los peores vicios e inercias que tradicionalmente se atribuyen a la administración pública, incapaz de desplegar la agilidad necesaria para desempeñar una correcta labor de facturación y de recobro.

La excusa de la gratuidad de los servicios sanitarios públicos no es más que eso, una excusa, por cuanto con la reclamación del cobro de esos servicios no se reclama al usuario (ciudadano europeo) sino que se reclama a la compañía de seguros que ha expedido, y cobrado, una póliza de asistencia en viaje que incluye los gastos sanitarios, ya sea atendido el asegurado/paciente/ciudadano europeo, en un hospital público o en uno privado. Con este criterio se estará equiparando además, el tratamiento dado al extranjero, con el que se da a un ciudadano español que tiene además de la cobertura sanitaria pública una cobertura sanitaria privada.

3. EL PAGO O CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO POR UN HOSPITAL PÚBLICO

Como hemos expuesto, la normativa española sobre asistencia médica pública establece que los gastos y honorarios derivados de las atenciones médicas prestadas únicamente deben correr a cargo de fondos públicos en aquellos casos en que no exista un tercero obligado al pago. Sin embargo, hay que admitir que son pocos los casos en que, ante la atención médica prestada en España a un paciente español, existe un tercero obligado al pago.

Pero un caso completamente distinto es el las atenciones médicas en hospitales públicos o concertados a turistas.

Concretamente, el turismo añade un elemento nuevo en relación con la capacidad de la Sanidad Pública Española de continuar prestando sus servicios, y el coste de los mismos. Así, si aceptamos que España recibe anualmente millones de turistas, es razonable considerar que una parte de dichos turistas tendrán accidentes o enfermarán en España, o lo que es lo mismo, requerirán de las atenciones médicas del sistema sanitario público español. Ahora bien, si como hemos dicho, los casos en que ante la atención médica prestada en España a un paciente español, existe un tercero obligado al pago, representan un porcentaje reducido salvo cuando se trate de cober-

turas derivadas de una responsabilidad objetiva, todo lo contrario ocurre con los turistas, en su mayoría provistos de una póliza de seguro de asistencia en viaje que, entre otros, cubre los gastos derivados de las atenciones médicas de urgencias.

Normativa aplicable

La posibilidad de facturar los gastos y honorarios derivados de las atenciones médicas prestadas en España a turistas extranjeros se fundamenta, por un lado, en el principio de igualdad en el trato establecido en el Reglamento (CE) N° 883/2004 de 29 de abril, arts. 4 y 19.1, pero también ampliamente recogido en la normativa interna española, tanto estatal (Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad, arts. 1.3 y 16), como autonómica; y por otro lado por el principio de inexistencia de un eventual derecho, con carácter general, a obtener gratuitamente las prestaciones.

Reglamento (CE) N° 883/2004 de 29 de abril

Art. 4 Las personas a las cuales sean aplicables las disposiciones del presente Reglamento podrán acogerse a los beneficios y estarán sujetas a las obligaciones de la legislación de todo Estado miembro en las mismas condiciones que los nacionales de dicho Estado, salvo disposición en contrario del presente Reglamento.

Art. 19 Estancia fuera del Estado miembro competente.

1. Salvo que en el apartado 2 se disponga lo contrario, la persona asegurada y los miembros de su familia que se hallen en un Estado miembro distinto del estado miembro competente tendrán derecho a las prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico, durante su estancia, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia. La institución del lugar de estancia facilitará las prestaciones por cuenta de la institución competente, según las disposiciones de la legislación del lugar de estancia, como si los interesados estuvieran asegurados en virtud de dicha legislación.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad:

Art. 1.3 Los extranjeros no residentes en España así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma

que las leyes y convenios internacionales establezcan.

Art. 16 Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos. En consecuencia, los usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, así como los previstos en el artículo 80, podrán acceder a los servicios sanitarios con la consideración de pacientes privados, de acuerdo con los siguientes criterios.

Así, el principio de igualdad en el trato viene definido como el derecho de cualquier extranjero, a ser atendido por la Sanidad Pública Española en régimen de igualdad ante la Ley respecto de cualquier ciudadano español. Es decir, que del mismo modo que ocurre con los ciudadanos españoles, la sanidad pública podrá reclamar el pago de los gastos y honorarios médicos de un paciente extranjero, a un tercero obligado, legalmente o contractualmente, al pago, siempre que exista.

Por otro lado, y en relación con los turistas que deben recibir atenciones en hospitales públicos o concertados españoles, es preciso diferenciar entre los turistas no amparados por la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) y los que sí están amparados por la misma (procedentes de países de la UE, Espacio Económico Europeo y Suiza).

El supuesto de los turistas procedentes de países no pertenecientes a la Unión Europea y ajenos a la existencia de una TSE no reviste mayor dificultad, por cuanto, sin perjuicio de los convenios bilaterales que puedan existir, a los ojos de la Sanidad Pública Española se trata de pacientes privados de la sanidad pública y, en consecuencia y de no estar cubiertos por ninguna póliza privada de asistencia médica, deben hacerse cargo personalmente de los gastos por los cuidados recibidos. Deberán sufragarse ellos mismos los gastos derivados del tratamiento recibido.

Tampoco ofrece dificultad interpretativa alguna el supuesto de los turistas amparados por la TSE, si bien es cierto que desde determinadas instancias se ha defendido, creo que interesadamente, una interpretación errónea de la normativa aplicable. Así, el amparo de la Tarjeta Sanitaria Europea garantiza a sus titulares y beneficiarios que, del mismo modo que ocurre con los pacientes españoles que aportan su tarjeta sanitaria individual, no deberán hacerse cargo de

los gastos en que incurran por haber sido atendidos por la Sanidad Pública Española. Sin embargo, como ya hemos expuesto con anterioridad, al amparo del principio de igualdad en el trato recogido en las disposiciones anteriormente citadas, a estos pacientes también les es de aplicación el anteriormente citado art. 83 de la Ley General de Sanidad y concordantes, en virtud de los cuales la Sanidad Pública Española se reserva la facultad de reclamar el pago de los gastos a un tercero obligado al pago siempre que exista, del mismo modo que ocurre con los españoles.

Lo que ocurre es que, a diferencia de los pacientes españoles, que normalmente no circulan por España con seguros de viaje, los pacientes amparados por la TSE sí que en la mayoría de los casos cuentan con una póliza privada de seguro de viaje que cubre las atenciones médicas de urgencias. Así, no hay discriminación alguna porque precisamente, aplicándose la misma Ley a unos y otros, al existir tercero obligado al pago en el caso de los turistas, y salvaguardando expresamente la gratuidad de los servicios respecto del beneficiario directo de los mismos, en el caso de la mayoría de los turistas amparados por la TSE, sí que procede reclamar a dicho tercero, el pago de los servicios prestados al turista, ya que éste es a la vez, paciente de la Sanidad Pública Española y cliente de una compañía de seguros.

Sin embargo, y como hemos manifestado con anterioridad, desde determinadas instancias, y de forma interesada, se ha promovido una interpretación tónica y equivocada de la normativa en virtud de la cual, supuestamente, siempre que un paciente aporte su TSE, los gastos en que incurra deberán ser asumidos por la Sanidad Pública Española. Desgraciadamente, dicha interpretación errónea acerca de la operativa de la TSE, constituye el fundamento de prácticas pícaras por parte de determinadas compañías que, cuando consideran que los gastos que deben cubrir exceden de lo que están dispuestas a asumir, invocan la TSE con la pretensión de que con la exhibición de la misma, los gastos médicos pasen a ser de cargo exclusivamente de la Sanidad Pública Española.

Pero como ya se ha dicho, dichas prácticas se fundamentan en una interpretación equivocada del art. 83 de la Ley General de Sanidad ya que, la exhibición de la TSE o Certificado Provisional Sustitutorio en tiempo y forma (es decir, el documento original exhibido por el propio paciente durante el período de ingreso del mismo, tal y como establece la normativa de las distintas Comunidades Autónomas) sí que es cierto que garantiza la gratuidad del servicio respec-

to del paciente, pero ello no obsta a que los gastos que se hayan devengado, puedan ser reclamados a las compañías aseguradoras o, en su caso, de asistencia en su condición de terceros obligados al pago. Así, las prácticas antes mencionadas, son aparentemente fraudulentas hacia el propio asegurado, por cuanto éste por un lado, paga unas prestaciones con la finalidad que la compañía se haga cargo de unos gastos, y por otro lado, la compañía intenta cargar dichos gastos a la sanidad pública, lo que ha sido calificado, por la jurisprudencia como “enriquecimiento a costa de un tercero”. O, lo que es lo mismo, nos hallamos ante la categoría del enriquecimiento injusto, que combinado con el fraude de ley que supone una interpretación meramente formalista de la norma sanitaria y su combinación con los preceptos constitucionales, supone dejar vacía de contenido la básica obligación de pagar por los servicios obtenidos, sobre todo cuando este derecho deriva de un contrato de seguro en el que expresamente se contempla esta obligación para el asegurador, que recibe una contraprestación económica por la contratación de dicho seguro. Lo contrario supondría vaciar de contenido el contrato de seguro concertado con las aseguradoras, las cuales obtendrían un enriquecimiento a costa del estado español, al percibir el precio del contrato sin asumir a cambio ninguna contraprestación, con el consiguiente menoscabo económico de los hospitales públicos por la asunción de un coste que, en buena lógica, no deben soportar.

SAP Huesca N° 30/202, de 31 de diciembre. F.J. 1º

PRIMERO.- Con arreglo a los hechos declarados probados en la sentencia apelada, entre marzo y diciembre de 1997, cuatro personas fueron atendidas en el servicio de urgencias del hospital San Jorge de Huesca a consecuencia de accidentes sufridos mientras practicaban actividades deportivas organizadas por el PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES, el cual tenía concertada una póliza de seguro de accidentes con la demandada que cubría los gastos sanitarios de los participantes. La demandada sigue insistiendo en que no está obligada al pago de la asistencia sanitaria prestada a los lesionados porque eran beneficiarios de la Seguridad Social.

Sin embargo, los precedentes sentados por la Sala en sus sentencias de 7-IX-1993 (AC 1993, 1635), 19-X-1993 (número 272) y 28-IX-1994 (AC 1994, 1446) con relación a un supuesto análogo al que aquí es objeto de debate, esto es, la concurrencia de un seguro privado de personas

y la cobertura general prestada por la Seguridad Social a sus beneficiarios, nos deben llevar a sostener un criterio distinto del defendido por la apelante. Allí dijimos que los gastos de asistencia sanitaria deben correr por cuenta de la aseguradora y no de la Seguridad Social, pues la solución contraria supondría dejar vacío de contenido el seguro de accidentes concertado con las aseguradoras privadas, las cuales obtendrían un enriquecimiento a costa de un tercero, al percibir la correspondiente prima o precio del contrato sin asumir a cambio ninguna contraprestación, con el consiguiente menoscabo económico de las entidades gestoras de la Seguridad Social por la asunción de siniestros que, en buena lógica, no deben soportar.

Por otro lado, la legislación especial sobre este tema reconoce el derecho de reembolso aquí planteado. El artículo 83 de la Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril [RCL 1986, 1316]) declara, en su párrafo primero, que no serán financiados con los ingresos de la Seguridad Social los gastos inherentes a la prestación de servicios de asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos otros, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago; y, en su párrafo segundo, que, a estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en los supuestos regulados en el párrafo primero tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados. La expresión tercero responsable no significa que, para dar lugar a la acción de repetición o de reembolso, deba haber una persona que haya causado las lesiones que determinen la asistencia sanitaria, sino que basta que haya un tercero obligado, como puede ser una compañía de seguros en virtud de un seguro de daños (como el de responsabilidad civil) o de personas (como el de accidente que nos ocupa). Así resulta de una interpretación sistemática del indicado párrafo segundo del artículo 83, de acuerdo con la redacción contenida en su párrafo primero y las normas complementarias sobre la materia: apartado 6 del anexo II del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero (RCL 1995, 439) (de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud) y punto 19 de la disposición adicional vigésima segunda de la Ley General de la Seguridad Social (texto refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio [RCL 1994, 1825]). Una interpre-

tación literal de la expresión tercero responsable apoya la anterior tesis, pues responsable, según el diccionario, no es sólo el culpable de alguna cosa, sino también genéricamente el obligado a responder; en este caso, la demandada en virtud de la póliza suscrita con el PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES. Por tanto, nos parece acertada la interpretación defendida por la juzgadora instancia.

Sobre la base de todo lo expuesto, procede desestimar el recurso.

4. CONCLUSIONES

La prestación, por la Sanidad Pública Española de atenciones médicas a pacientes extranjeros se rige por el principio de igualdad en el trato establecido en el Reglamento (CE) N° 883/2004 de 29 de abril y por la Ley 14/1986, de 25 de abril (Ley General de Sanidad). Dicho principio, se configura como el derecho, de todo paciente de ser tratado, ante la ley española de igual modo a como se trata a un ciudadano español.

Por otro lado, el carácter universal de la asistencia médica pública española viene configurado como el derecho, de todo asegurado en el sistema sanitario público español, o extranjero que aporte en tiempo y forma la TSE, a recibir atención médica sin que dicho paciente deba pagar los gastos y honorarios derivados de dicha atención. Por el contrario, el paciente extranjero no amparado por la TSE, tendrá la consideración de paciente privado de la sanidad pública, y sí que deberá pagar los gastos a menos que tenga una póliza de seguro privado que lo cubra.

Sin embargo, lo manifestado en el párrafo anterior no significa, en absoluto, el pago de los referidos gastos y honorarios deba correr siempre, a cargo de las arcas públicas españolas. En este sentido, el artículo 83 de la L14/1986, de 25 de abril (Ley General de Sanidad) establece que el sistema sanitario español tiene la facultad de reclamar el pago de los referidos gastos y honorarios a los terceros obligados al pago, siempre que éstos existan, resultando que el pago de los gastos únicamente deberá ser asumido por el sistema sanitario público español, en aquellos supuestos en que concurra la doble circunstancia de haber acreditado correctamente la condición de asegurado público y de no existir ningún tercero obligado al pago.

Así, el hecho de que los terceros obligados al pago no se hagan cargo del pago de los honorarios médicos que les correspondiere por disposición legal o contractual, comportaría en la práctica, dejar vacíos de contenido los seguros de viaje concertados, a pesar de que el cliente, por desconocimiento, continuaría pagando la prima o precio del contrato sin recibir a cambio ninguna contraprestación real.

Sin perjuicio de lo anterior, en la relación jurídica que se establece entre la sanidad pública y el paciente, la sanidad pública no puede ser nunca “tercero”, posición jurídica que, tal como recoge la anteriormente citada SAP de A Coruña de 25 de octubre de 2001 en su Fundamento jurídico 3º sí ocupa, respecto de la sanidad pública, la compañía de seguros, que está obligada, en virtud de un contrato existente con su cliente, al pago de los gastos derivados de las atenciones recibidas por su cliente.

Por último, hay que añadir que la presentación de la TSE o CPS originales debe efectuarse, por parte del titular o persona expresamente autorizada, en el momento del ingreso o durante el desarrollo del mismo, pero siempre antes de que el paciente abandone el hospital; y ello por la razón de que antes de que el paciente reciba el alta, el sistema sanitario público español debe tener la certeza de si el pago de los gastos deberá ser asumido por el propio sistema sanitario público, si existe algún tercero obligado al pago, o si los gastos y honorarios deberán ser facturados directamente al paciente.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Fundamentos de Derecho Civil Patrimonial II. Las Relaciones Obligatorias. Díez Picazo, L. 6ª ed. Ed. Civitas. ISBN 9788447029440.
- Fundamentos de Derecho Civil Patrimonial IV. Las Particulares Relaciones Obligatorias. Díez Picazo, L. 1ª ed. Ed. Civitas. ISBN 9788447035243.
- Fundamentos de Derecho Civil Patrimonial V. Responsabilidad Civil Extracontractual. Díez Picazo, L. 1º ed. Ed. Civitas. ISBN 9788447035717.
- El Pago del Tercero. Hernández Moreno, A. 1ª ed. Ed. Bosch. ISBN 978-84-7162-907-4.