

12 MAY 2021

Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo

2017

Núm. 203 (Noviembre)

Jurisprudencia

Sentencias comentadas

III. Seguridad Social

1. La interpretación del concepto «asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital» realizada por centros, establecimientos y servicios ajenos al Servicio Nacional de Salud (DAVID GUTIÉRREZ COLOMINAS)

III. Seguridad Social

1 La interpretación del concepto «asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital» realizada por centros, establecimientos y servicios ajenos al Servicio Nacional de Salud

SJS núm. 17 de Valencia, de 15 diciembre 2016 (AS 2017, 72)

DAVID GUTIÉRREZ COLOMINAS

Personal Investigador en Formación de la Universidad Autónoma de Barcelona (Programa FPU 2013)

ISSN 2444-3476

Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo 203

Sumario:

- I. Introducción: Una contextualización normativa del derecho a la salud
- II. La sentencia núm. 475/16 (AS 2017, 72) del Juzgado de lo Social núm. 17 de Valencia
 - 1. Hechos del litigio principal
 - 2. La argumentación jurídica
- III. Conclusiones

RESUMEN:

La protección a la salud se halla regulada en el artículo 43 de la Constitución Española, y desarrollada normativamente por distintas normas en nuestro ordenamiento jurídico. El legislador ha contemplado la gratuidad de los servicios médicos prestados por el Sistema Nacional de Salud, estableciendo así que el coste de las intervenciones o tratamientos médicos

ABSTRACT:

The protection of health is regulated in Article 43 of the Spanish Constitution, and developed normatively by different rules in our legal system. The legislator has contemplated the gratuity of the medical services provided by the National Health System, thus establishing that the cost of medical interventions or treatments performed by centers outside the National

realizados por centros ajenos al Sistema Nacional de Salud deberá ser asumido por el usuario. No obstante, el artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006 preceptúa el reembolso del coste del tratamiento médico realizado por centros, establecimientos y servicios ajenos al Sistema Nacional de Salud como excepción a esta regla general. Para ello, se exige que la asistencia sanitaria sea urgente, inmediata y de carácter vital, pero estos requisitos no están definidos normativamente por el legislador. Ante esta situación, el presente comentario de sentencia pretende explicar la interpretación de tales exigencias normativas, analizando para ello una de las pocas sentencias sobre esta cuestión: la Sentencia núm. 475/16 del Juzgado de lo Social núm. 17 de Valencia. El examen judicial permite ofrecer una respuesta a los operadores judiciales, y además, la detección de carencias normativas que serán expuestas, así como propuestas de mejora normativas, tanto a nivel sustantivo como procesal.

PALABRAS CLAVE: Artículo 4.3 RD 1030/2006 - Accidente de trabajo - Asistencia sanitaria urgente, inmediata y vital

Health System should be assumed by the user. However, article 4.3 of Royal Decree 1030/2006 establishes the reimbursement of the cost of medical treatment performed by centers, establishments and services outside the National Health System as an exception to this general rule. It requires that health care should be urgent, immediate and vital, but these requirements are not defined by the law. This contribution wants to explain the interpretation of such normative requirements, analyzing for it one of the few judgments on this issue: Judgment No. 475/16 of the Social Court no. 17 of Valencia. Judicial review provides a response to judicial operators, the detection of normative deficiencies, as well as proposals for regulatory improvements, both substantive and procedural.

KEYWORDS: Article 4 - 3 RD 1030/2006 - Work accident - Urgent, immediate and vital health care

Fecha recepción original: 2 de Octubre de 2017

Fecha aceptación: 2 de Octubre de 2017

I. INTRODUCCIÓN: UNA CONTEXTUALIZACIÓN NORMATIVA DEL DERECHO A LA SALUD

La protección a la salud se halla reconocida en el [artículo 43](#) de la [Constitución Española](#) (en adelante, CE). Su tutela compete a los poderes públicos, mediante la previsión de medidas preventivas y la prestación de asistencia médica. La designación de los poderes públicos como entes garantes de la protección a la salud pretende dejar patente la gratuidad de la asistencia sanitaria llevada a cabo por el Servicio Nacional de Salud en territorio español.

Su concreción normativa se produce en cinco normas jurídicas distintas: el [Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre](#), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (en adelante, LGSS), la [Ley 14/1986, de 25 de abril](#), general de Sanidad (en adelante, Ley 14/1986), el [Real Decreto 63/1995, de 20 de enero](#), sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (en adelante, RD 63/1995), la [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, Ley 16/2003) y 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 (en adelante, RD 1030/2006).

El mencionado marco jurídico parte del mandato constitucional señalado anteriormente, y establece la gratuidad de los tratamientos médicos realizados por el Servicio Nacional de Salud, que se encarga de definir las prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud, ex [artículo 45](#) de la Ley 14/1986. Los derechos de los usuarios del sistema sanitario a la protección de la salud se hallan concretados mediante el establecimiento del denominado catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Este listado tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral y continuada de la salud, caracterizándose como tales los

servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos, al amparo del artículo 7.1 de la Ley 16/2003. El artículo 8 de la Ley 16/2003 contempla la concreción de las prestaciones sanitarias mediante la cartera de servicios comunes, cuestión esta regulada de forma extensa mediante el desarrollo reglamentario efectuado en el RD 1030/2006.

Si examinamos el RD 1030/2006, se advierte que su [artículo 4.3](#) preceptúa que la cartera de servicios comunes únicamente se facilitará gratuitamente por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, permitiendo en situaciones límite la posibilidad de recurrir a centros no integrados en el Sistema Nacional de Salud para recibir tratamiento médico, y por lo tanto, proceder a la solicitud del reembolso de los gastos médicos satisfechos por el usuario. Para ello, se exige la concurrencia de una serie de requisitos, a saber, que la asistencia sanitaria sea urgente, inmediata, de carácter vital. Asimismo, la utilización de los servicios ajenos al Sistema Nacional de Salud no puede constituir un abuso.

Como ya se habrá advertido, esta excepción a la regla general plasma una visión expansiva del derecho a la protección de la salud, que el legislador ha querido proteger incluso en aquellas situaciones en las que el Sistema Nacional de Salud no puede absorber o no puede ofrecer una solución razonable en términos temporales. Esta cuestión, de suma importancia hoy en día debido a la congestión de los centros de atención médica españoles, es el eje central que aborda la sentencia objeto de análisis, la cual se encarga de ofrecer la caracterización de los distintos requisitos del [artículo 4.3](#) RD 1030/2006, y ofrecer una visión unitaria de su concurrencia.

Así pues, el presente comentario de sentencia pretende ofrecer un examen a los hechos acontecidos en el marco de la [sentencia núm. 475/16](#) (AS 2017, 72) del Juzgado de lo Social núm. 17 de Valencia y su argumentación jurídica. La razón por la que se ha seleccionado este pronunciamiento judicial no es otra que la claridad con la que se expone el proceso interpretativo que exige el [artículo 4.3](#) RD 1030/2006, siendo esta sentencia una de las más recientes en ofrecer una respuesta sobre esta problemática a los operadores jurídicos.

II. LA SENTENCIA NÚM. 475/16 (AS 2017, 72) DEL JUZGADO DE LO SOCIAL NÚM. 17 DE VALENCIA

1. HECHOS DEL LITIGIO PRINCIPAL

El actor prestaba servicios para la empresa «Terra Mítica» desde el año 2007, bajo la categoría actor-especialista en uno de los múltiples espectáculos que ofrecía el mencionado parque temático. El 20 de julio de 2013 el actor sufrió un accidente de trabajo durante la realización del espectáculo de acrobacias, contorsionismo y equilibrios que protagonizaba, hecho este que le generó una grave lesión medular. Tras su ingreso en diversas instituciones médicas especializadas ajenas al Sistema Nacional de Salud, el trabajador recibió el alta médica con traslado a su domicilio el 28 de mayo de 2014.

La cuestión objeto del litigio se suscita en el marco de una terapia de activación medular que el actor recibe durante el periodo octubre 2014 a mayo 2015 en una de las instituciones privadas en las que estuvo ingresado. La demandada, UMIVALE Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, considera que los gastos médicos derivados del mencionado tratamiento, que ascienden a 58.877 euros, deben ser abonado por el trabajador, al tratarse de un tratamiento médico efectuado por una institución ajena al Sistema Nacional de Salud y no cumplir los requisitos que establece el [art. 4.3](#) RD 1030/2006. En concreto, la Mutua demandada considera que la terapia de activación medular que recibió el actor es un procedimiento médico que debe calificarse como experimental y no autorizado, sin que concurra el requisito de urgencia vital que obligaría a la Mutua a asumir su coste ex [artículo 4.3](#) RD 1030/2006. Así pues, el conflicto jurídico que se plantea en el marco de este procedimiento judicial es, en esencia, la interpretación de los requisitos «*urgente, inmediata y de carácter vital*» establecidos en el mencionado [artículo 4.3](#) RD 1030/2006.

2. LA ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

Ante los hechos que se han detallado, la sentencia objeto de análisis sostiene que la denegación de asistencia por parte de la Mutua demandada es injustificada, y por lo tanto, se condena a la susodicha al pago de la cantidad objeto de litis al trabajador accidentado.

Para llegar a esta conclusión, el Juzgado de lo Social núm. 16 de Valencia inicia el primer fundamento de derecho realizando un excurso a propósito del marco jurídico de aplicación, compuesto por el [artículo 15](#) y [39](#) CE, la LGSS, la [Ley 14/1986](#) y el [RD 1030/2006](#). Este marco normativo plasma como regla general la exclusión del pago ocasionado por la asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos al Sistema Público de Salud, que en este caso se refiere a la prestada por las Mutuas en las contingencias profesionales contratadas por el empresario. No obstante, existe una excepción a dicha regla general ex [artículo 4.3](#) RD 1030/2006, consistente en la obligación de reembolsar el pago de los gastos médicos del tratamiento médico realizado por centros, establecimientos y servicios no pertenecientes al Sistema Nacional de Salud en aquellas situaciones urgentes, inmediatas y de riesgo vital, sin que dicha intervención pueda resultar abusiva. Así pues, la importancia de este pronunciamiento judicial se limita a conceptualizar el alcance de estos cuatro elementos, esto es, situación urgente, inmediata, de riesgo vital, y sin que en ningún caso pueda considerarse como abusiva.

El Juzgado de lo Social número 16 de Valencia procede a continuación a analizar individualmente cada uno de los términos citados y determinar si concurren en el presente caso. Como ya se ha indicado, la sentencia objeto de análisis sostiene que concurren los cuatro elementos exigidos en el [artículo 4.3](#) RD 1030/2006, y el verdadero interés del análisis de esta sentencia aparece en este punto, ya que existe una pretensión clarificadora de su interpretación.


Sobre el primero de los elementos –carácter vital de la asistencia–, el pronunciamiento judicial sostiene que su concurrencia requiere de la existencia de la necesidad de asistencia médica urgente que, de no prestarse, pudiera conllevar grave riesgo para la vida. De esta manera, se concreta que la cuestión interpretativa consiste en precisar si la urgencia vital se refiere únicamente al peligro de muerte inminente o debe también incluirse la pérdida de funcionalidad de órganos vitales. La tesis defendida por la magistrada del Juzgado de lo Social número 16 de Valencia se inclina por sostener la segunda acepción del término, citando para ello las sentencias del Tribunal Supremo de 20 de octubre de 2003 (RJ 2004, 502), 29 de marzo de 2000 (RJ 2000, 3137) y 31 de mayo de 1995 (RJ 1995, 4013). Tales pronunciamientos argumentaron que la expresión «urgencia vital» no se refiere únicamente al peligro de muerte inminente, sino también a los supuestos de pérdida de funcionalidad de órganos, la prolongación en el tiempo de sufrimientos intolerables e incluso situaciones en las que peligra la curación definitiva del enfermo. En este caso, la magistrada aprecia su concurrencia debido a que la Terapia de Activación Medular tiene una finalidad rehabilitadora, *« consistente en la mejora de la calidad de vida con mejoras funcionales de su organismo, con procedimientos no quirúrgicos, y con opciones de incidir en la capacidad de respirar de forma autónoma, sin ventilación asistida»*.

El segundo requisito –carácter urgente e inmediato de la asistencia– se define por la sentencia objeto de análisis a través del resultado que produciría la demora de la asistencia, así como la gravedad de la patología. Para apreciarlo, la sentencia sostiene que es necesario que la demora en acudir a los servicios públicos debe suponer intensificar el riesgo de no rehabilitación. En este caso, la magistrada aprecia su concurrencia debido a la afectación de distintos órganos vitales del organismo que supone la lesión medular del actor.


Respecto al tercer elemento –la imposibilidad de utilizar oportunamente los servicios del Servicio Nacional de Salud–, la sentencia no es especialmente ilustrativa sobre cómo debe interpretarse. En particular, se estima su concurrencia debido a que en la vista oral la Mutua afirmó desconocer otras vías alternativas que permitieran mejorar el estado del actor por su parte. Sobre este punto, quizás hubiera sido relevante valorar qué circunstancias permitirían apreciar su concurrencia en aquellos supuestos en los que la demandada no realizase dicha afirmación, aunque es cierto que se trata de una cuestión que el legislador formula en términos negativos, con la consecuente

dificultad probatoria que ello conlleva, y esencialmente fáctica.

El cuarto requisito –la utilización de los servicios ajenos al Sistema Nacional de Salud no debe resultar desviada–, su apreciación dependerá de que el paciente acredite que no acudió a los servicios ajenos al Sistema Nacional de Salud de forma caprichosa e irrazonable. En este caso, la determinación de la concurrencia del mencionado requisito es especialmente clara, pues se trata de una patología que requiere un tratamiento especializado, y por lo tanto, su remisión a una clínica especializada en la que se prestó el tratamiento era una necesidad, al no disponer la propia Mutua de personal conocedor del tratamiento de esta patología.

Por último, la sentencia objeto de comentario detalla en su cuarto fundamento de Derecho el encuadramiento del tratamiento recibido por el actor dentro de los servicios plasmados en el RD 1030/2006. Para ello, se recuerda que la asistencia sanitaria requerida en casos de accidente de trabajo y enfermedad profesional se caracteriza por el principio de reparación integral del daño, y ello significa la inclusión de tratamientos especializados de rehabilitación y readaptación. Así, este último fundamento de derecho se encarga de valorar si el tratamiento ofrecido al actor puede calificarse como rehabilitador. Sobre esta cuestión, la magistrada sostiene que la finalidad del tratamiento realizado al actor pretendía conseguir mejoras funcionales–como respirar autónomamente–, y en consecuencia, debe clasificarse como tratamiento rehabilitador a los efectos del RD 1030/2006. Así, la sentencia justifica con acierto que el tratamiento del actor se halla incardinado en el  [artículo 8](#) RD 1030/2006, al tratarse de una terapia de rehabilitación en una situación de déficit funcional recuperable.

III. CONCLUSIONES

La interpretación del concepto «*asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital*» realizada por centros, establecimientos y servicios ajenos al Servicio Nacional de Salud es una cuestión que exige una clarificación normativa. La sentencia objeto de comentario pone de manifiesto la inseguridad jurídica a la que los operadores se hallan expuestos en este tipo de asuntos, resultando necesaria una modificación del  [artículo 4.3](#) RD 1030/2006. En concreto, sería necesaria la caracterización de la precisión del significado de carácter vital de la asistencia, definiendo a nivel normativo los términos del debate sobre esta expresión. Esta tarea podría realizarse la plasmación de diversos elementos, plasmando como criterios, a título de ejemplo, los señalados por la sentencia objeto de comentario, esto el resultado que produciría la demora de la asistencia, la gravedad de la patología, o la prueba de que la demora en acudir a los servicios públicos intensifica el riesgo para la salud.

Paralelamente, conviene llamar la atención sobre la necesidad de introducir una protección procesal a la altura del enfoque protector que el legislador ha querido ofrecer al derecho constitucional a la protección de la salud. En efecto, la visión expansiva del mencionado derecho, que ha querido protegerse incluso en aquellas situaciones en las que el Sistema Nacional de Salud no puede absorber o no puede ofrecer una solución razonable en términos temporales, requiere la creación de un procedimiento especializado de reclamación de cantidad. Las circunstancias que se plantean habitualmente en este tipo de situaciones comparten el desembolso de una cantidad de cierta entidad en concepto de gastos médicos por parte del trabajador, que será reclamada *a posteriori* a la correspondiente Mutua de Accidentes de Trabajo. Las cantidades de los tratamientos pueden fluctuar enormemente en función de la patología, pero en líneas generales, exige un sobreesfuerzo económico al trabajador, que deberá formalizar posteriormente una reclamación de cantidad por la vía jurisdiccional, con la correspondiente dilación al no ostentar la Ley de la Jurisdicción Social una vía procesal con el carácter de urgencia que requieren este tipo de situaciones.

Y es aquí donde la intervención del legislador podría ser especialmente relevante, mediante la plasmación de un procedimiento urgente de reclamación de cantidad para este tipo de situaciones. El pronunciamiento judicial objeto de comentario evidencia el lapso temporal que transcurre desde que el trabajador satisface el coste del tratamiento médico –octubre 2013–, que en este caso ascendía a la cantidad de 58.877 euros hasta, hasta la fecha de la sentencia –15 de diciembre de

2016—. Como puede observarse, el intervalo temporal transcurrido reduce la eficacia de la protección constitucional y legal a la salud, presentándose como conveniente la creación de una vía procesal acorde con la voluntad *legislatoris* .