



Las entidades aseguradoras en los seguros de salud: ¿Están obligadas a cubrir los servicios sanitarios prestados por el sistema público de salud a sus asegurados?

José Manuel Busto Lago
Catedrático de Derecho civil de la UDC
Consejero Académico de Vales y Asociados
Secretario del Patronato de la Fundación INADE



(Consideraciones a propósito de la Sentencia del TSJ de Galicia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 521/2024, de 3 de julio)

La Sentencia dictada por la Secc. 1ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 521/2024, de 3 de julio, plantea una de las cuestiones más controvertidas, en la práctica aseguradora de los seguros de salud (médicos o de asistencia sanitaria), en relación con sus coberturas, cual es el alcance de la misma cuando el asegurado o beneficiario del meritado seguro ha recibido un servicio de asistencia sanitaria, médica u hospitalario habiendo sido prestado por los servicios públicos de salud. Estos servicios sanitarios pueden consistir en asistencias médicas u hospitalarias propiamente dichas, realizadas en los centros de esta naturaleza pertenecientes a un servicio público de salud de una Comunidad Autónoma -en el caso de Galicia, el SERGAS- o por entidades del sector público que realizan o prestan servicios complementarios, como es el caso, en la CA de Galicia, de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia – 061.

El art. 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad* prescribe que las Administraciones Públicas (Sanitarias) que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tienen derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados, teniendo estos ingresos la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente, precisando que los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social, al tiempo que, en ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes.

Desarrollando reglamentariamente esta norma, el artículo 2.7. del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, *por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, dispone que conforme a lo señalado en el art. 83 de la Ley General de Sanidad, en la DA 22ª del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (RDLeg. 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 del mismo reglamento; y. en su párrafo 2º, añade que también procederá la reclamación del importe de los servicios a los usuarios sin derecho a la asistencia de los servicios de salud, admitidos como pacientes privados, conforme a lo establecido en el art. 16 de la Ley General de Sanidad.*

En el caso de la CA de Galicia -y existen normas análogas en las demás CCAA-, en orden a permitir el ejercicio del derecho de reintegro por parte de sus Servicios de Salud, a tenor de lo dispuesto en el art. 1 del Decreto 56/2014, de 30 de abril, *por el que se establecen las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del Servicio Gallego de Salud y en las fundaciones públicas sanitarias* (DOG de 21 de mayo de 2014), los gastos asistenciales no financiados por la Seguridad Social son por cuenta del paciente, salvo que exista un tercero obligado a su pago. En el Anexo I de este Decreto se publican las tarifas aplicables a la asistencia sanitaria prestada en los centros dependientes del SERGAS (consistentes en la atención primaria y especializada) y, en su Anexo III



FUNDACIÓN
INADE
INSTITUTO ATLÁNTICO
DEL SEGURO

LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN
LOS SEGUROS DE SALUD

**¿ESTÁN OBLIGADAS A CUBRIR LOS
SERVICIOS SANITARIOS PRESTADOS
POR EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD
A SUS ASEGURADOS?**

los «Precios aplicables por la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061», que resultan aplicables a pacientes que no sean beneficiarios de la Seguridad Social, así como en aquellos casos en los que, siendo beneficiarios, exista un tercero obligado al pago que deba asumir el gasto sanitario. A su vez, el párrafo 2º de este mismo precepto (art. 1 del Decreto 56/2014), precisa que «[p]ara la liquidación de las tarifas contenidas en el anexo III se consideran terceros obligados al pago las compañías privadas de salud, en aquellos supuestos de transporte sanitario urgente de carácter vital cuando el paciente, sea o no beneficiario de la Seguridad Social, haya suscrito voluntariamente una póliza con esa compañía, excepto que en las condiciones del contrato estuviese expresamente excluido ese transporte». A su vez, la previsión del apartado III del Anexo I del mismo Decreto 56/2014, de 30 de abril, que completa la anterior, prescribe que, con carácter general, el transporte sanitario «[s]erá por cuenta directa del paciente»; añadiéndose que, «en caso de que se haga con medios propios del Servicio Gallego de Salud o de las fundaciones públicas sanitarias, se facturará aplicando las tarifas que se indican [...]». Por lo tanto, claro resulta que, si no se trata de un traslado o transporte sanitario realizado concurriendo una urgencia de carácter vital o existe una cobertura de la póliza del seguro privado de salud, el transporte será por cuenta y a cargo de la paciente y no de su aseguradora de salud privada en el caso de que no se haya incluido esta prestación en el contrato de seguro concertado.

En consecuencia, **las entidades aseguradoras de salud sólo estarán obligada a soportar los costes**

de la prestación de servicios sanitarios prestados por los servicios públicos de salud, en su condición de «terceras obligadas al pago», en los dos supuestos que siguen: 1º) En el caso de que la prestación del servicio sanitario obedezca a la necesidad de asistencia del paciente en caso de *urgencia de carácter vital*. **2º)** En el caso de que, en las condiciones contractuales del contrato de seguro salud, no se haya excluido de manera expresa la prestación de servicios sanitarios en los casos de *urgencia de carácter vital*.

Como resulta, entre otros, de lo dispuesto en los arts. 1, 3 y 8.5 de la *Ley de Contrato de Seguro*, **la cobertura de los riesgos asegurados está delimitada por las previsiones convencionales contenidas en la póliza o contrato de seguro** (de salud, en este caso). Con carácter general en estas pólizas se excluye de manera expresa la cobertura de servicios sanitarios (incluidos los servicios de transporte sanitario) en el caso de que estos servicios sean prestados por prestadores no concertados con la entidad aseguradora, como suele ser el caso de los servicios públicos de salud de las CCAA (**salvo los ya enunciados de concurrencia de una «urgencia vital»**), o cuya prestación no haya sido solicitada o autorizada por la propia entidad aseguradora o por facultativos concertados con ésta.

Las entidades aseguradoras de salud en virtud de esta condición en los seguros privados de asistencia sanitaria que conciertan pueden ser consideradas como terceras obligadas al pago, a tenor de lo dispuesto en el art. 2.7 del Real Decreto 1030/2006 y el apartado 7 del Anexo IV («*otros obligados al pago*»), en concreto, en el supuesto previsto en su letra 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*», pues como señala la **STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 518/2020, de 19 de mayo [RJ 2020\1190]**, «*existe un contrato entre asegurador y asegurado que puede obligar, según las condiciones de la póliza, a prestar una asistencia integral al asegurado, incluyendo el transporte sanitario, y por la cual se beneficia y cobra la correspondiente prima*».



FUNDACIÓN
INADE
INSTITUTO ATLÁNTICO
DEL SEGURO

LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN
LOS SEGUROS DE SALUD

**¿ESTÁN OBLIGADAS A CUBRIR LOS
SERVICIOS SANITARIOS PRESTADOS
POR EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD
A SUS ASEGURADOS?**

A tenor de esta Sentencia del TS, **la premisa principal cuya concurrencia se exige para que el pago de los servicios sanitarios prestados por un prestado público los tenga que asumir la entidad aseguradora (privada) de salud**, es que «exist[a] un contrato entre asegurador y asegurado que puede obligar, **según las condiciones de la póliza**, a prestar una asistencia integral al asegurado, incluyendo el transporte sanitario, y por la cual se beneficia y cobra la correspondiente prima». Deja así claro el TS que la existencia de un prestador público que haya realizado la prestación sanitaria, médica u hospitalaria, no puede ampliar el ámbito de la cobertura propia del seguro de salud privada concertada por el paciente que resulta ser el asegurado o beneficiario de la misma.

De manera cónsone con esta afirmación, la jurisprudencia uniforme, tanto del orden jurisdiccional civil (v.gr., SAP Burgos, Secc. 3ª, 111/2012, de 07 de marzo [JUR 2012\38788]); como del social (v.gr., SSTSJ País Vasco, Sala de lo Social, 1851/2014, de 14 de octubre [AS 2015\191]; y Cataluña, Sala de lo Social, 421/2011, de 21 de enero [AS 2011\1011]); y del contencioso-administrativo (v.gr., STSJ Madrid, C-Adm., Secc. 6ª, 315/2004, de 02 de marzo [JUR 2004\269619]), ha declarado la **improcedencia del reintegro de los gastos** pretendido por los Servicios Públicos de Salud cuando los servicios sanitarios se hayan prestado por un prestador de servicios sanitarios no concertado, **sin mediar autorización previa** de la entidad aseguradora. En este mismo sentido, la **STS, Sala 1ª, 45/2020, de 22 de enero [RJ 2020\81]** precisa que, en aquellos supuestos en los que un asegurado en virtud de

un seguro de salud privado haya realizado actos que denotan no haber instado la cobertura de aquél, como resulta ser acudir a un centro sanitario público o a uno privado no concertado con la aseguradora de salud privada, no concurren argumentos jurídicos favorables al derecho de repetición del servicio público de salud al amparo del art. 83 de la *Ley General de Sanidad*, puesto que no llegó a nacer obligación contractual de la aseguradora requerida de pago de hacerse cargo de los gastos de la asistencia médica, con los efectos que la póliza de salud privada garantizaba y ello por cuanto estos no fueron activados por la voluntad inequívoca del propio asegurado.

Pues bien, en este contexto normativo y jurisprudencial, la Secc. 1ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Galicia, en su **Sentencia 521/2024, de 3 de julio, declara que las entidades aseguradoras de salud están obligadas al pago de los gastos médicos generados por la asistencia dispensada a un paciente asegurado en los casos de urgencia vital cuando haya recibido una atención médica u hospitalaria adecuada y ésta no le haya sido dispensadas en un centro médico (sanitario u hospitalario) concertado con la entidad aseguradora privada**. El caso objeto de litis, someramente contado es el siguiente: una paciente fue atendida en un hospital privado concertado con su aseguradora de salud, diagnosticándole una gastritis aguda, dando el alta, de manera inmediata y realizando, como única prueba diagnóstica, una simple analítica. Su estado de salud empeoró notablemente y acude a un centro hospitalario del Servicio Público de Salud, sin previa autorización de la entidad aseguradora privada, siendo trasladada por los servicios de la Fundación 061 y tratada en éste de manera adecuada y calificándose esta asistencia como prestada en una situación de «urgencia vital».

El TSJ de Galicia califica el supuesto como constitutivo de una atención prestada en un caso de «urgencia vital» de la paciente, considerando que el «abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción» es una patología que conlleva un riesgo vital, al tiempo que considera que la atención que le fue



FUNDACIÓN
INADE
INSTITUTO ATLÁNTICO
DEL SEGURO

LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN
LOS SEGUROS DE SALUD

**¿ESTÁN OBLIGADAS A CUBRIR LOS
SERVICIOS SANITARIOS PRESTADOS
POR EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD
A SUS ASEGURADOS?**

dispensada en el hospital privado y concertado con la entidad aseguradora en el que la paciente fue tratada en un primer momento ampara la duda razonable en la eficacia sus medios de atención, lo que ha de ponderarse en orden a valorar la razonabilidad del medio elegido por la paciente en el caso de hallarse en un supuesto de urgencia vital.

La STSJG, C-Adm, 521/2024, de 3 de julio es más relevante por lo que no dice expresamente que por lo que dice. Lo que dice es que, con independencia de las coberturas aseguradoras pactadas en el seguro de salud, si el paciente asegurado se encuentra en una situación de urgencia vital acreditada médicamente y la entidad aseguradora de salud no dispone de los medios adecuados para su tempestivo tratamiento, podrá elegir un centro sanitario, médico u hospitalario, no concertado, siempre que medie un criterio de razonabilidad en su elección y los gastos y costes de esta atención sanitaria podrán ser repercutidos a la entidad aseguradora de salud, en su caso, como tercera obligada al pago en los términos del art. 83 de la *Ley General de Sanidad*. Lo que no dice y es tan relevante como lo que sí dice, es que, si el paciente no se encuentra en una situación de «urgencia vital», no es razonable el medio elegido para recibir la prestación o la asistencia médica, bien porque lo hace voluntariamente, bien porque la entidad aseguradora de salud pone a su disposición los medios médicos y hospitalarios adecuados para tratar tempestivamente su dolencia, los costes y gastos generados en estos casos no pueden imputarse a la entidad aseguradora de salud.

Dicho de otra manera, **solo la urgencia vital que no pueda ser tratada en un centro médico u hospitalario concertado con la entidad aseguradora, de manera tempestiva y adecuada, puede amparar la calificación de la entidad aseguradora como un tercero obligado al pago del art. 83 de la Ley General de Sanidad, ampliando «ex lege», las coberturas aseguradoras concertadas en la póliza de seguro de salud. La conclusión es aplicable tanto a la prestación de servicios médicos y hospitalarios en sentido prístino, cuanto a los servicios de transporte sanitario de los pacientes.**

A Coruña, a 07 de octubre de 2024

José Manuel Busto Lago

Catedrático de Derecho civil de la UDC
Consejero Académico de Vales y Asociados
Secretario del Patronato de la Fundación INADE