

EL REEMBOLSO DEL GASTO SANITARIO FRENTE A TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO

FAUSTINO CAVAS MARTÍNEZ

Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

Universidad de Murcia

Fecha de recepción: 7/11/2018

Fecha de aceptación: 16/11/2018

SUMARIO: 1. TITULARIDAD DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA Y MODALIDADES DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO. 2. SITUACIONES QUE PERMITEN REPERCUTIR A TERCEROS EL COSTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA: 2.1. Asegurados o beneficiarios del sistema de Seguridad Social pertenecientes al mutualismo administrativo que no hayan sido adscritos a recibir asistencia sanitaria del SNS. 2.2. Asegurados o beneficiarios de empresas colaboradoras de la asistencia sanitaria del Sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito. 2.3. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas, del INSS o del ISM. 2.4. Seguros obligatorios. 2.5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades. 2.6. Ciudadanos extranjeros. 2.7. Otros terceros obligados al pago. 3. CONCLUSIONES.

RESUMEN: Las personas que no tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria gratuita o bonificada, como aseguradas o beneficiarias, vienen obligadas a sufragar el importe de la prestación suministrada por los servicios públicos de salud. Existen, no obstante, numerosas situaciones en las que la existencia de un tercero obligado al pago permite a las Administraciones sanitarias reclamar a dichos terceros el coste de los servicios prestados,

reclamación que de llevarse a efecto puntualmente contribuiría a reforzar la sostenibilidad financiera del sistema público de salud.

ABSTRACT: People who do not have right to obtain free health care as insured or beneficiaries are obliged to cover the amount of assistance provided by public health services. There are, however, many situations in which the existence of a third person obligated allows sanitary authorities to claim the cost of services provided. The timely execution of this action would help to firm up the financial viability of the national health system.

PALABRAS CLAVE: Sistema sanitario público, acceso de terceros, reembolso del gasto sanitario.

KEYWORDS: Public health system, third-party access, health spending reimbursement.

1. TITULARIDAD DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA Y MODALIDADES DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Si bien las normas reguladoras del sistema sanitario público, partiendo del reconocimiento del derecho a la protección de la salud contenido en el artículo 43 de la Constitución Española, proclaman la universalidad y la gratuidad del derecho a la asistencia sanitaria en España -con lo que, *a priori*, todos los ciudadanos españoles y extranjeros que residen legalmente en el territorio nacional serían titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria-, lo cierto es que la regulación legal y reglamentaria viene a delimitar el ámbito subjetivo del derecho a la asistencia sanitaria financiada con fondos públicos, estableciendo requisitos y situaciones incluidas, lo que supone que determinadas personas queden excluidas de la cobertura sanitaria pública y, caso de acceder a ella, obligadas a financiar las prestaciones recibidas.

Sin que podamos realizar aquí una exposición detallada de los sujetos con derecho a asistencia sanitaria (como asegurados o beneficiarios) y de las condiciones de acceso a la misma, podríamos resumir diciendo que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), en los artículos 3 y 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (modificados por el RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y vueltos a reformar por el RDL 7/2018, para restituir el derecho a la protección de la salud y atención sanitaria con cargo a fondos públicos a las personas extranjeras que, encontrándose en España pero sin residencia legal en nuestro territorio, carezcan de tal derecho por otro título) y en los artículos 2 y 3 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), tendrán acceso a los servicios y prestaciones del sistema sanitario público: las personas que trabajen por cuenta ajena o por cuenta propia y estén afiliadas a la Seguridad Social, en alta o en situación asimilada al alta¹; las personas perceptoras de una pensión u

.....

1 La legislación de seguridad social sigue disponiendo que la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidente de trabajo forma parte de la acción protectora del Régimen General la Seguridad Social [art. 42.1.a) LGSS].

otras prestaciones periódicas de la Seguridad Social; las personas que, habiendo agotado la prestación o el subsidio por desempleo, mantengan la situación de desempleo y residan en España, sin tener derecho a asistencia sanitaria por otro título; las personas con discapacidad igual o superior al 33% que no tengan derecho a la asistencia sanitaria por otra causa, en los términos que determine la ley; las personas no aseguradas por otra vía que no superen un determinado nivel de ingresos (fijado actualmente en 100.000 euros al año); y los menores sujetos a tutela administrativa. Todas estas personas tienen reconocido el derecho a asistencia sanitaria en condición de asegurados o aseguradas.

La asistencia sanitaria se extiende igualmente, en las condiciones legalmente previstas, a las personas que dependen económicamente de un asegurado (beneficiarios). También se extiende a otros supuestos especiales, como los españoles en el exterior, apátridas, solicitantes de protección internacional, víctimas de trata de seres humanos, entre otros.

Las personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del SNS podrán acceder a la prestación de asistencia sanitaria pública mediante el pago de la correspondiente contraprestación (según baremo) o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria (art. 2.5 Ley 16/2003, DA 3ª RD 1192/2012, RD 576/2013, de 26 de julio, Orden SSI/1475/2014, de 29 julio).

Las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de seguridad social de funcionarios públicos gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, siguen siendo titulares del derecho de asistencia sanitaria conforme a su régimen jurídico específico, incluidos los funcionarios y funcionarias que hubieren ingresado en cualquier Administración pública con posterioridad al 1 de enero de 2011 en cuerpos que formen parte del campo de aplicación del mutualismo (DA 7ª RD 1192/2012).

En resumen, por tanto, todas las personas que ostenten la condición de aseguradas o beneficiarias tendrán garantizada la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS, la cual se hará efectiva por las administraciones sanitarias competentes mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

Quienes no ostenten la condición de persona asegurada o beneficiaria, podrán acceder a la cobertura del sistema sanitario público, pero con la consideración de “pacientes privados” obligados a satisfacer el importe de la atención recibida.

Como categoría independiente de las anteriores y relevante desde el punto de vista de la financiación, cabe citar los supuestos de seguros obligatorios especiales y aquellos otros casos en los que existe un tercero obligado al pago a quien el servicio público de salud puede reclamarle el gasto sanitario realizado, tanto si la persona que ha sido atendida reviste la condición de asegurada o beneficiaria del SNS como si no tiene esa consideración.

El artículo 16 de la LGS prescribe que las normas de utilización de los servicios sanita-

rios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos, sea como usuarios o beneficiarios, o como pacientes privados. Quiere decirse con ello que el contenido de la asistencia sanitaria y la forma de acceso a la misma de aquellas personas que no tenga derecho a la prestación con cargo a fondos públicos, o cuando exista un tercero obligado al pago, serán los mismos que para el resto de pacientes con derecho a asistencia sanitaria financiada con recursos públicos².

2. SITUACIONES QUE PERMITEN REPERCUTIR A TERCEROS EL COSTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Como regla general, la facturación por la atención a pacientes privados será efectuada por las respectivas administraciones de los centros de salud, tomando como base los costes efectivos (art. 16.3 LGS). Añade este mismo precepto que los ingresos obtenidos mediante el cobro de los servicios tendrán la condición de propios de los servicios de salud correspondientes y que en ningún caso estos ingresos puedan revertir directamente en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes.

La reclamación por las Administraciones sanitarias del reintegro del coste de la atención prestada se hará al paciente directamente o, caso de existir, a cualquier tercero responsable obligado al pago. El artículo 83 de la LGS dispone que “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”. Añade este precepto que los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social; que en ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes, y que, a estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar al tercero responsable el coste de los servicios prestados.

Es habitual que las Administraciones competentes establezcan precios públicos o tasas por los actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por sus servicios de salud a

.....

2 A lo largo de este trabajo evitamos establecer la asimilación entre asistencia sanitaria financiada con cargo a fondos públicos y asistencia sanitaria “gratuita”, debido a que la sanidad pública se financia con impuestos procedentes de los usuarios y a que una parte de dicha asistencia, concretamente la prestación farmacéutica, se rige por el sistema de copago, modalidad de financiación compartida del gasto farmacéutico que se ha visto reforzada a partir del RDL 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

pacientes sin derecho a asistencia sanitaria o cuando existan terceros obligados al pago³; también puede regir algún concierto o convenio (como el existente en el ámbito de los accidentes de tráfico) que fije los importes y el procedimiento a seguir para reclamar al tercero responsable el coste de los servicios prestados.

En el ámbito de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la disposición adicional décima del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre) establece que no tendrán la naturaleza de recursos de la Seguridad Social los ingresos procedentes de la atención sanitaria prestada por el INGESA a usuarios sin derecho a asistencia sanitaria, así como en los supuestos de seguros obligatorios y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago. A tal efecto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y de Igualdad fijará el régimen de precios y tarifas de tales atenciones, presta-

.....

3 La STSJ Murcia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 22 de julio de 2011 (rec. 463/2007), señala que es compatible con la normativa estatal el establecimiento de precios públicos en el ámbito sanitario a través de normas reglamentarias de una comunidad autónoma en su respectivo ámbito competencial. Según esta doctrina, es el propio legislador estatal quien, en el artículo 83 LGS, habilita para el establecimiento de precios públicos en el ámbito sanitario. Recuerda la sentencia que en virtud del artículo 26 de la Ley estatal 8/1989, de 13 de abril, de Tasas y Precios Públicos, no existe con carácter general una reserva de ley para el establecimiento de precios públicos. En los distintos servicios de salud dependientes de las comunidades autónomas se han fijado tasas o precios públicos para reclamar el reembolso del gasto sanitario realizado cuando los pacientes no tienen derecho a asistencia sanitaria o existe un tercero obligado al pago:

- Orden de 8 de mayo de 2018, por la que se modifica la Orden de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA 15 mayo 2018).
- Orden SLT/42/2012, de 24 de febrero, por la que se regulan los supuestos y conceptos facturables y se aprueban los precios públicos correspondientes a los servicios que presta el Instituto Catalán de la Salud (DOGC 2 marzo 2012).
- 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 21 mayo 2014).
- Orden de 17/11/2014, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se establecen los precios públicos de la asistencia sanitaria y de los servicios prestados en la red de centros sanitarios dependientes del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (DOCM 21-11-2014).
- Decreto 78/2008, de 13 de noviembre, por el que se aprueban los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León a pacientes no beneficiarios de la Seguridad Social o cuando existan terceros obligados al pago (BOCyL 19-11-1998); modificado por Decreto 25/2010, de 17 de junio, por el que se actualizan los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (BOCyL 23-6-2010).
- Ley 18/2001, de 14 de diciembre, de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura; Resolución de 25 de enero de 2018, de la Vicepresidenta y Consejera, por la que se publican las tarifas actualizadas de las tasas y precios públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en virtud de lo dispuesto en la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para 2018 (DOE 31-1-2018).
- Orden 731/2013, de 6 de septiembre, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid (BOCM 10-9-2013).
- Resolución 626/2014, de 5 de junio, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, por la que se actualizan las tarifas por prestación de servicios en los centros y establecimientos asistenciales del servicio navarro de salud Osasunbidea (BON 9-7-2014).
- Acuerdo de 15 de febrero de 2017, del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-servicio vasco de salud, por el que se aprueban las tarifas por prestación de servicios sanitarios y docentes a terceros obligados al pago durante el ejercicio 2017 (BOPV 2-3-2017).
- Real Decreto Legislativo 1/2005, de 25 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Tasas de la Generalitat Valenciana, cuyos arts. 171 y ss. regulan las tasas por prestación de asistencia sanitaria.

ciones y servicios, tomando como base sus costes estimados⁴. Estos ingresos generarán crédito por el total de su importe y se destinarán a cubrir gastos de funcionamiento, excepto retribuciones de personal, y de inversión de reposición de las instituciones sanitarias, así como a atender los objetivos sanitarios y asistenciales correspondientes. El procedimiento que regula los ingresos en efectivo comprendidos en esta disposición se contiene en el Real Decreto 450/1995, de 24 de marzo, que aunque se refiere a la disposición adicional vigésimo segunda del TRLGSS de 1994 y al INSALUD, cabe entender que sigue siendo aplicable, con las debidas adaptaciones, siempre y cuando no exista una regulación específica⁵.

Asimismo, el artículo 168.3, pár. 2º, de la vigente LGSS establece que “(c)on independencia de las acciones que ejerciten los trabajadores o sus causahabientes, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria o comunidad autónoma correspondiente y, en su caso, las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, tendrán derecho a reclamar al tercero responsable o, en su caso, al subrogado legal o contractualmente en sus obligaciones, el coste de las prestaciones sanitarias que hubiesen satisfecho. Igual derecho asistirá, en su caso, al empresario que colabore en la gestión de la asistencia sanitaria, conforme a lo previsto en la presente ley”. Para ejercitar el referido derecho de resarcimiento, la entidad gestora y, en su caso, las mutuas o empresas que colaboren con la Seguridad Social, tendrán plena facultad para personarse en el procedimiento penal o civil seguido para hacer efectiva la indemnización, así como para promoverlo directamente, considerándose como terceros perjudicados a efectos de lo dispuesto en el artículo 113 del Código Penal.

En principio, y salvo que el objeto de discrepancia sea la liquidación de tasas por prestación de servicios sanitarios [supuesto en el que la competencia judicial corresponderá al orden contencioso-administrativo] o acciones de reintegro de prestaciones sanitarias entre entidades gestoras y colaboradoras con la seguridad social [para cuyo conocimiento son competentes los tribunales laborales], el cobro de las facturas giradas por los servicios de salud se someterá a las prescripciones del derecho privado, solventándose las posibles incidencias en el orden jurisdiccional civil. En cuanto al plazo de prescripción de la acción de reembolso que pueda resultar aplicable, nos encontramos ante una obligación de origen legal y carácter personal, para la que no está señalado un plazo de prescripción espe-

.....

4 En este sentido, una Resolución de 20 de julio de 2006, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, revisada por otras del mismo organismo de 16 de junio de 2009 y 19 julio 2013, regula los precios a aplicar por los centros sanitarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Ceuta y Melilla, por las asistencias prestadas en los supuestos cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como por los servicios prestados por el Centro Nacional de Dosimetría y por la reproducción de documentos de la biblioteca de la entidad gestora.

5 GÓMEZ ZAMORA, L.J., “Terceros obligados al pago y régimen jurídico del aseguramiento obligatorio de la asistencia sanitaria”, en PALOMAR OLMEDA, A. y CANTERO MARTÍNEZ, J. (dirs.), *Tratado de Derecho Sanitario*, volumen I, Thomson-Reuters-Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2013, p. 263.

cífico, de forma que podrá estimarse que dicho plazo es el genéricamente establecido para tales casos en el artículo 1964 del Código Civil, esto es, el de quince años⁶. El cómputo de este plazo se iniciará desde la finalización total de la prestación asistencial que origina la reclamación y no (como sucede en la llamada culpa aquiliana) desde la ocurrencia del siniestro o a partir de la determinación última de los perjuicios ocasionados⁷.

Como se ha comentado, el artículo 83 de la LGS establece que 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 consideración de ingresos propios del servicio de salud correspondiente, y que las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar al tercero responsable el coste de los servicios prestados. En similares términos se pronuncian el artículo 168.3 y la disposición adicional décima del vigente texto refundido de la LGSS.

Para conocer los concretos supuestos en los que es posible repercutir sobre terceros el coste de la asistencia sanitaria prestada por los servicios públicos de salud, debemos acudir a lo dispuesto en el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, al que remite su artículo 2.7. Bajo la rúbrica “Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago” se agrupan los siguientes supuestos en los que 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:

1. Asegurados o beneficiarios del sistema de Seguridad Social pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), que no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.
2. Asegurados o beneficiarios de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.
3. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo (actualmente, Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social), del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina.



6 SAP Islas Baleares, Sección 4ª, de 9 abril 1999. El plazo de 15 años previsto en el art. 1964 del CC es también de aplicación a las acciones de reembolso de gastos sanitarios que se dirijan entre sí las compañías de seguros en los accidentes de tráfico: SAP Valencia, Sección 7ª, de 3 mayo 2011 (rec. 75/2011).

7 Sentencias de la AP Islas Baleares de 15 marzo 2002 (rec. 476/2001), 20 marzo 2006 (rec. 683/2005) y 31 mayo 2007 (rec. 226/2007). Igual solución se alcanza en la sentencia de la AP Madrid de 21 abril 1997 (rec. 1034/1994).

4. Seguros obligatorios de los deportistas federados y profesionales, de vehículos de motor, de viajeros, de caza y cualquier otro seguro obligatorio.
5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades. Se reclamará el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente.
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.
 - b) Asegurados o beneficiarios de otros países extranjeros, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social suscritos por España.
7. Otros obligados al pago.
 - a) Accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos en caso de que se haya suscrito contrato de seguro de accidentes o de responsabilidad civil que cubra las contingencias derivadas de estas actividades.
 - b) Seguro escolar.
 - 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.

En todos estos casos, 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.

2.1. Asegurados o beneficiarios del sistema de Seguridad Social pertenecientes al mutualismo administrativo que no hayan sido adscritos a recibir asistencia sanitaria del SNS

Los asegurados y beneficiarios de MUFACE, MUGEJU e ISFAS pueden recibir la prestación de asistencia sanitaria directamente de la mutualidad, con sus propios medios, o a través de conciertos suscritos con otras entidades o establecimientos públicos o privados, preferentemente con instituciones de la Seguridad Social. Cuando la asistencia se preste mediante concierto, los mutualistas podrán elegir libremente, bien en el momento de la afiliación o alta, bien dentro del periodo que se señale al efecto, la entidad o establecimien-

to público o privado a través del cual hayan de recibir la prestación de dicha asistencia⁸.

El régimen jurídico de los conciertos que tengan por objeto la prestación de servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica y que, para el desarrollo de su acción protectora, celebren MUFACE, MUGEJU e ISFAS con entidades públicas, entidades aseguradoras, sociedades médicas, colegios farmacéuticos y otras entidades o empresas, cualquiera que sea su importe y modalidad, se contiene en la disposición adicional 19ª de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público. Estos conciertos tendrán la naturaleza de contratos de concesión de servicios, regulándose por la normativa especial de cada mutualidad y, en todo lo no previsto por la misma, por la legislación de contratos del sector público. No obstante, los conciertos que celebre MUGEJU han de convenirse de forma directa entre la Mutualidad y la entidad correspondiente, previo informe de la Abogacía del Estado del Ministerio de Justicia y de la Intervención delegada en el organismo.

Con carácter general, los asegurados y beneficiarios deben acudir a los facultativos y centros incluidos en el cuadro médico-sanitario de la entidad que hayan elegido, y si por decisión propia o de sus familiares, utilizaren servicios sanitarios distintos a los que les correspondan, vendrán obligados a su abono, sin derecho a reembolso, salvo que nos encontremos ante un supuesto de urgencia vital o de denegación injustificada de asistencia sanitaria por parte de los servicios designados al mutualista⁹. De concurrir alguna de estas dos excepciones, la regulación del mutualismo administrativo prevé que el mutualista atendido por servicios ajenos pueda exigir el reintegro de los gastos que dicha asistencia le haya ocasionado, reclamación que procederá en el caso de que hubiera satisfecho la factura; en caso contrario, y cabe entender que esta será la opción preferente, el centro sanitario público reclamará el gasto correspondiente a la asistencia prestada a la mutualidad, en su condición de tercero obligado al pago.

2.2. Asegurados o beneficiarios de empresas colaboradoras de la asistencia sanitaria del Sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito

De conformidad con lo establecido en el artículo 102 de la LGSS, las empresas individualmente consideradas y en relación con su propio personal, podrán colaborar en la gestión de la Seguridad Social de diversas formas y respecto de diversas prestaciones. Dentro de la

.....

8 Art. 71 del Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo; art. 71 del Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Mutualismo Judicial y art. 61 del Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

9 Art. 78 del Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo; art. 72 del Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Mutualismo Judicial y art. 62 del Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

modalidad de colaboración voluntaria, el apartado 1.a) del citado precepto prevé que las empresas puedan asumir directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones por incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional y las prestaciones derivadas de asistencia sanitaria y recuperación profesional (por tales contingencias), incluido el subsidio consiguiente que corresponda durante la indicada situación. Las condiciones por las que ha regirse dicha colaboración serán establecidas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, debiendo armonizarse el interés particular por la mejora de prestaciones y medios de asistencia con las exigencias de la solidaridad nacional.

Podrán colaborar en la forma antes indicada las empresas que cumplan los siguientes requisitos, contenidos en la Orden de 25 noviembre de 1966:

- Tener más de 250 trabajadores fijos afiliados y en alta en el RGSS o más de 100 trabajadores fijos y en alta si la empresa tuviera la finalidad, exclusiva o no, de prestar asistencia sanitaria.
- Poseer instalaciones sanitarias propias suficientemente adecuadas para prestar la asistencia sanitaria que corresponda.
- Cumplir correctamente con sus obligaciones laborales.
- Haber solicitado autorización al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, previo informe de la Inspección de Trabajo, de la Inspección de Servicios Sanitarios, de las correspondientes entidades gestoras y del comité de empresa.

La asistencia sanitaria a los trabajadores se prestará en coordinación con los servicios sanitarios públicos, estará sometida a la Inspección de dichos servicios y se ajustará a las instrucciones generales y particulares que se dicten para regular su prestación.

Por tanto, las empresas en régimen de colaboración voluntaria podrán asegurar la asistencia sanitaria y otras prestaciones, suscribiendo el correspondiente convenio o concierto, debiendo acudir a cada convenio o concierto suscrito para constatar si la empresa colaboradora es tercera obligada al pago por aquellas prestaciones suministradas a sus trabajadores por el servicio público de salud pero cuya atención correspondería a la empresa colaboradora, según el acuerdo suscrito¹⁰.

2.3. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas, del INSS o del ISM

Como se sabe, las empresas pueden concertar la cobertura de las contingencias profesionales que afecten a su personal con una mutua o directamente con la entidad ges-

.....

10 GÓMEZ ZAMORA, L.J., “Terceros obligados al pago y régimen jurídico...”, *cit.*, p. 271.

tora (INSS o ISM). Cuando la cobertura se concierta con la entidad gestora, la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales se presta por los respectivos servicios públicos de salud. En cambio, cuando la empresa ha optado por asegurar los riesgos profesionales con una mutua colaboradora de la Seguridad Social, es ella la que se hace cargo de las prestaciones económicas, sanitarias y, en su caso, recuperadoras, derivadas de la actualización de dichos riesgos.

En caso de carencia o insuficiencia de recursos propios, las mutuas, en los términos y condiciones que establezcan las disposiciones de aplicación y desarrollo, podrán hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a su cargo mediante conciertos con otras mutuas, con las administraciones públicas sanitarias o con medios privados, debiendo la mutua afrontar el coste de dicho gasto sanitario, de conformidad con lo establecido en tales acuerdos.

Determinada la contingencia como accidente de trabajo o enfermedad profesional, el importe de las prestaciones sanitarias derivadas de dicha contingencia y que hubiera administrado al trabajador la sanidad pública, habiendo optado la empresa por la cobertura de tales riesgos con una mutua, deberá ser reintegrado por esta al servicio público de salud. A este respecto, interesa señalar que el artículo 6 del Real Decreto 1430/2009 regula el procedimiento de determinación de la contingencia causante de un proceso de incapacidad temporal, en caso de discrepancia con la calificación atribuida al accidente o la enfermedad padecidos por el trabajador. Dispone este precepto que el facultativo de la mutua que asista al trabajador, tras el reconocimiento médico preciso y la práctica de las pruebas oportunas, podrá inicialmente considerar que la patología causante es de carácter común y remitirlo al servicio público de salud para su tratamiento, entregando al trabajador informe médico sobre la patología y su diagnóstico, tratamiento dispensado y motivos que justifican la determinación de la contingencia como común, así como los informes relativos a las pruebas practicadas. Pero, a su vez, el facultativo del servicio público de salud al que ha sido derivado el trabajador puede discrepar de la calificación otorgada por la mutua, en cuyo caso, y previa emisión de la baja médica para que el trabajador comience a recibir las prestaciones económicas y sanitarias derivadas de su situación de IT, podrá formular su discrepancia conforme al procedimiento normado en el citado RD 1430/2009. De igual mismo modo se procederá cuando la mutua califique *ab initio* la contingencia como profesional, asumiendo las prestaciones económicas y sanitarias derivadas de la misma, pero considere que la contingencia causante de la IT es común, presentando una solicitud que dará lugar a un expediente de calificación y, en su caso, cambio de la contingencia determinante de las anteriores prestaciones. La resolución del INSS determinará el carácter común o profesional de la contingencia y el sujeto obligado al pago de las prestaciones derivadas de la misma y a la prestación de asistencia sanitaria, en su caso.

Por otro lado, se suscita la duda respecto de cuál sea el procedimiento a seguir en los supuestos de existencia de duplicidad de terceros obligados al pago, como ocurre en las situaciones harto frecuentes de accidentes de circulación que simultáneamente merecen la caracterización de accidentes de trabajo, sean *in itinere* o en sentido propio, y en los que serían terceros responsables, a efectos de que el centro sanitario público que hubiera atendido de urgencia al trabajador pudiera reclamarles el reintegro del importe de la asistencia prestada, tanto la mutua como la entidad aseguradora. Como veremos más adelante, en el ámbito de los diversos servicios públicos de salud existen convenios con las asociaciones representativas de las compañías aseguradoras para determinar quién debe hacerse cargo de los gastos sanitarios, de modo que cuando la compañía está perfectamente identificada y no rechaza el pago, el centro de salud se dirige directamente contra esta. En caso contrario (inexistencia de seguro o negativa de la compañía a asumir el coste sanitario) la factura se emite contra la mutua con la que la empresa hubiera asegurado los riesgos profesionales, pudiendo la entidad colaboradora exigir posteriormente el reembolso, si procede, frente a la compañía aseguradora del conductor responsable del accidente de conformidad con lo previsto en el artículo 168.3 LGSS.

Esta reclamación procederá también cuando la mutua haya proporcionado directamente la asistencia sanitaria al trabajador accidentado. A este respecto, la jurisprudencia civil tiene declarado mayoritariamente que, cuando el trabajador asegurado por la mutua es el único responsable del accidente productor de las lesiones, la mutua no puede dirigirse contra el trabajador ni contra la compañía con la que aquel tuviera asegurado el vehículo, pues dicha acción de reembolso exige que el hecho causante de la asistencia sanitaria haya sido producido por un tercero, que sea presuntamente responsable del mismo, civil o penalmente, y no tiene esa condición de tercero responsable la compañía aseguradora del vehículo del trabajador causante único del accidente¹¹. En estos casos, la mutua atiende una obligación propia al hacer frente al importe de los gastos sanitarios causados por el accidente sufrido por el trabajador de la empresa que tiene suscrita con ella la cobertura sanitaria, sin estar legitimada según las normas generales –arts. 1158 y 1210 del Código Civil, artículo 43 de la Ley de Contrato del Seguro-, para reclamar en nombre del lesionado frente a otros seguros privados que el mismo pueda tener para cubrir idéntico riesgo¹². Sin embargo, esta doctrina no es pacífica, pues también hay pronunciamientos que reconocen el derecho de la mutua que se ha hecho cargo de la asistencia sanitaria de reclamar frente a la entidad aseguradora del trabajador siniestrado, argumentando que para interponer la acción de reembolso no se precisa la existencia de una persona que haya causado

.....

11 Sentencias de la AP Barcelona, sección 16ª, de 17 de julio de 2000 (rec. 971/1999) y 12 diciembre 2000 (rec. 857/2000); sentencia de la AP de Almería, Sección 3ª, núm. 104/2003, de 7 de abril (rec. 52/2003).

12 Sentencia de la AP Murcia, sección 4ª, núm. 296/2004, de 19 de octubre (rec. 283/2004).

las lesiones que determinen la asistencia sanitaria, sino que basta con que haya un tercero obligado al pago del coste de las prestaciones sanitarias (no cualquier otro gasto), como puede ser una compañía de seguros en virtud de un seguro de daños o de personas¹³.

Los artículos 16 y siguientes del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, regulan el procedimiento de reclamación de deuda que ha de seguirse por la mutua para obtener el reintegro del coste de las prestaciones sanitarias que hubiera satisfecho a personas que carezcan del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social o cuando exista un tercero responsable u obligado al pago. La mutua liquidará el crédito generado por las prestaciones y servicios sanitarios que hubiera prestado e instará su pago de los sujetos obligados al mismo, en el plazo máximo de dos meses a contar desde la fecha de recepción de la reclamación. Cuando los sujetos obligados no efectúen el pago de la deuda en el plazo previsto, la mutua lo remitirá a la TGSS a efectos de su recaudación conforme a lo establecido en el artículo 84.2 LGSS. Se prevé además que las mutuas puedan personarse directamente en el procedimiento penal o civil seguido para hacer efectivo el resarcimiento.

2.4. Seguros obligatorios

2.4.1. Seguro obligatorio de los deportistas federados

La Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte, regula el marco jurídico en el que debe desenvolverse la práctica deportiva en el ámbito del Estado, bajo los principios de cooperación y coordinación con las comunidades autónomas con competencias en la materia.

Su artículo 59 contempla dos supuestos con dispar repercusión en materia de asistencia sanitaria:

- La asistencia sanitaria derivada de la práctica deportiva general del ciudadano, que constituye una prestación ordinaria del régimen de aseguramiento sanitario, pudiendo prestarse por el sector público en el correspondiente régimen o por entidades privadas mediante seguros generales de asistencia sanitaria.
- En el caso de deportistas federados que participen en competiciones oficiales de ámbito estatal, los mismos habrán de estar en posesión de un seguro obligatorio que cubra los riesgos para la salud derivados de la práctica de la modalidad deportiva correspondiente, y ello con independencia de otros aseguramientos especiales que puedan establecerse.

.....

13 Sentencia de la AP Huesca, sección 1ª, núm. 171/2005, de 16 de junio (rec. 390/2004).

En este último supuesto, para el caso de que la asistencia sanitaria sea prestada por una entidad distinta a la aseguradora, esta vendrá obligada al reintegro de los gastos producidos por dicha asistencia, conforme a lo establecido en el artículo 83 de la LGS. En el caso de que la asistencia sea prestada por la sanidad pública, esta podrá dirigirse contra la compañía con la que se hubiera suscrito el correspondiente seguro obligatorio deportivo y reclamarle el gasto sanitario generado, con independencia del derecho de repetición que la aseguradora pueda ejercer frente a la tomadora del seguro de acuerdo con las cláusulas particulares de la póliza¹⁴. Asimismo, la entidad con la que se hubiera suscrito el seguro debe proceder al reintegro del gasto que hubiera generado a la sanidad pública la atención del deportista lesionado, aunque aquella hubiera encomendado la prestación de los servicios sanitarios a una tercera entidad, sin que tal circunstancia (subcontratación) le permita declinar su responsabilidad frente a la entidad que prestó la asistencia, que ninguna vinculación contractual tiene con la sociedad intermedia¹⁵.

El RD 849/1993, de 4 de junio, determina las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo. Dicho seguro será suscrito por la correspondiente Federación, como tomadora del seguro, para los deportistas inscritos en la misma, que participen en competiciones estatales de ámbito estatal, y cubrirá, en el respectivo ámbito de protección, los riesgos para la salud, los derivados de la práctica deportiva en que el deportista asegurado esté federado, incluido el entrenamiento, y en ello en los términos de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y con arreglo, como mínimo, a las prestaciones que se detallan en el anexo que acompaña al texto normativo mencionado.

2.4.2. Seguro obligatorio de vehículos de motor

La normativa reguladora del seguro obligatorio de vehículos de motor se contiene en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (reiteradas veces modificado), y en segundo lugar en el Real Decreto 1507/2008, de 12 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor.

Según la precitada normativa, todo propietario de vehículos a motor que tenga su esta-

.....

14 Así, SSTSJ Comunidad Valenciana, Cont-Admvo., núm. 739/2004, de 30 septiembre (rec. 1363/2001), núm. 750/2004, de 6 de octubre (rec. 1373/2001) y núm. 851/2004, de 2 noviembre (rec. 1357/2011), estimando procedente la liquidación de tasas sanitarias practicada por la comunidad autónoma valenciana contra determinada entidad aseguradora, por la atención prestada a deportistas federados afiliados a la Mutualidad de Futbolistas Españoles en centros de la red pública hospitalaria de la Generalitat, como consecuencia de lesiones sufridas en eventos deportivos; y ello sin perjuicio de que, caso de que la aseguradora privada tenga que pagar al servicio público de salud por prestaciones sanitarias a mutualistas en supuestos de no urgencia vital, la Federación correspondiente venga obligada a reembolsarle la suma anticipada, en aplicación de las cláusulas particulares de la póliza.

15 Sentencia de la AP La Rioja núm. 340/2003, de 8 octubre (rec. 57/2003).

cionamiento habitual en España estará obligado a suscribir y mantener en vigor un contrato de seguro por cada vehículo de que sea titular, que cubra, hasta la cuantía de los límites del aseguramiento obligatorio, la responsabilidad civil por los daños causados a las personas o en los bienes con motivo de la circulación. El seguro también lo podrá concertar una persona con algún interés, distinta del propietario.

Por otro lado, la Ley 21/2007, de 11 de julio, por la que se modifica el texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de Octubre, y el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, requieren la previa determinación del responsable para que nazca la obligación de resarcir los daños causados.

Para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación se aplican las cuantías indemnizatorias fijadas en las tablas que se publican y actualizan anualmente y que componen el “Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación” del Real Decreto Legislativo 8/2004. Pero no se incluye aquí la asistencia sanitaria, sino que son cuantías indemnizatorias. El apartado 6º del primer artículo del anexo determina que, además de las indemnizaciones fijadas con arreglo a las tablas, se compensarán en todo caso los gastos de asistencia médica y hospitalaria y, además, en las indemnizaciones por muertes, los gastos de entierro y funeral.

Los distintos servicios públicos de salud tienen suscritos convenios con las compañías aseguradoras y con el Consorcio de Compensación de Seguros que tarifican el coste de la asistencia sanitaria y facilitan la reclamación, estableciendo qué entidad aseguradora debe hacerse cargo de los gastos sanitarios dependiendo de que en el accidente se hayan visto implicados uno o varios vehículos.

2.4.3. Seguro obligatorio de caza

El seguro obligatorio de caza viene regulado por la normativa en materia de caza de las comunidades autónomas con competencia en la materia y, subsidiariamente, por el artículo 52 de la Ley 1/1970, de 4 de abril, de Caza; por los artículos 73 a 76 y, subsidiariamente, por el resto de los preceptos de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro que le sean de aplicación; por el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre ; por el Reglamento del seguro de responsabilidad civil del cazador, de suscripción obligatoria, aprobado por el Real Decreto 63/1994, de 21 de enero, y en lo que no se oponga a lo anterior por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

El seguro de responsabilidad civil del cazador, de suscripción obligatoria, constituye una especialidad del seguro de responsabilidad civil que tiene por objeto la cobertura, dentro de los límites fijados en el Real Decreto 63/1994, de aquella responsabilidad en la que pueda incurrir el cazador con armas con ocasión de la acción de cazar (art. 1.1 RD 63/1994)¹⁶.

La disposición adicional única del Real Decreto 63/1994 establece que el Instituto Nacional de la Salud (actual INGESA) y las demás entidades gestoras del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a reclamar de las entidades aseguradoras, conforme al artículo 83 de la LGS, el importe de la asistencia sanitaria y farmacéutica que hubieran prestado a los terceros perjudicados hasta el límite de la cobertura voluntaria del seguro de responsabilidad civil del cazador causante del siniestro, caso de haberse suscrito un seguro voluntario. Si únicamente ha sido concertado el seguro obligatorio o en caso de inexistencia de seguro, el derecho de reclamación será ejercitable, según los casos, frente a la entidad aseguradora o al Consorcio de Compensación de Seguros y hasta el límite del aseguramiento obligatorio.

2.4.4. Cualquier otro seguro obligatorio

El seguro de suscripción obligatoria cumple la función de preservación del patrimonio del asegurado ante el evento de verse comprometido por una deuda derivada del atendimento de los efectos de un siniestro¹⁷. Su instauración obedece a la constitución de un patrimonio independiente al que se responsabiliza de las consecuencias económicas del siniestro y al que, en méritos de ese mecanismo indemnizatorio, se le hace blanco de la acción directa que la ley pone en manos del perjudicado para que la entidad aseguradora asuma de modo inmediato la función reparadora que le viene encomendada¹⁸.

Además de los expuestos (circulación, caza...), existen otros muchos supuestos en los que se exige un seguro obligatorio, al menos de la responsabilidad civil. Sin ánimo de exhaustividad, podemos mencionar la necesidad de suscribir seguros en las instalaciones nucleares, en materia de responsabilidad medioambiental en relación con la prevención y reparación de daños medioambientales según la normativa europea, en el transporte colectivo, polígonos de tiro, en materia de hidrocarburos, embarcaciones de recreo (incluidas motos acuáticas), tenencia de animales potencialmente peligrosos, etc. Será la regulación secto-

16 Para un estudio de la institución, vid. SÁNCHEZ CALERO, F.J., "El seguro obligatorio de caza", en VV.AA., *Estudios de Derecho Mercantil en homenaje a Rodrigo Uría*, Madrid, 1978, pp. 763-790.

17 SOTO NIETO, F., "El seguro obligatorio y el seguro voluntario", en VV.AA., *Estudios y comentarios sobre la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados*, Mapfre, Madrid, 1997, p. 414.

18 SOTO NIETO, F., "El seguro obligatorio...", *cit.*, pp. 415-416.

rial de cada actividad la que establecerá los requisitos y la que nos indique los supuestos en que es necesario el aseguramiento¹⁹.

2.5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades

Se reclamará el importe de la asistencia prestada por el servicio público de salud, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente. En principio, estos acuerdos tendrán fuerza vinculante entre las partes.

Cabe recordar que los asegurados y beneficiarios de MUFACE, MUGEJU e ISFAS pueden recibir la prestación de asistencia sanitaria directamente de la mutualidad, con sus propios medios, o a través de conciertos suscritos con otras entidades o establecimientos públicos o privados, preferentemente con instituciones de la Seguridad Social.

2.6. Ciudadanos extranjeros

El anexo IX del RD 1030/2006 contempla dos supuestos de ciudadanos extranjeros que figurarán como terceros obligados al pago de la asistencia sanitaria, y son:

- Los asegurados o beneficiarios en un Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y Suiza, no residentes en España (turistas, transeúntes...), en los supuestos y condiciones establecidos en los Reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social.
- Por otro lado, los asegurados o beneficiarios de otros países extranjeros, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social suscritos por España.

En relación con los primeros, el artículo 19 del Reglamento (CE) nº 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, establece que 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.

.....

19 GÓMEZ ZAMORA, L.J., *cit.*, p. 278.

El artículo 35 del mismo Reglamento regula el procedimiento de reembolso en estos supuestos, que será íntegro y se determinará y efectuará con arreglo al régimen establecido en el Reglamento de aplicación, ya sea previa justificación de los gastos reales, ya con arreglo a importes a tanto alzado para los Estados miembros cuyas estructuras jurídicas o administrativas no hagan adecuada la práctica del reembolso basado en el gasto real. Los Estados miembros, o sus autoridades competentes, podrán convenir otras formas de reembolso o renunciar al reembolso entre las instituciones que de ellos dependan.

La Disposición Adicional 3ª del RD 1992/2012 se refiere al supuesto de “Asistencia sanitaria por aplicación de los reglamentos comunitarios o convenios internacionales”. En estos casos, los nacionales de otros países tendrán derecho a esta prestación cuando residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales, en la forma extensión y condiciones establecidas en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.

En ambos supuestos será la Administración General del Estado la que deberá desarrollar la actividad de reintegro, en el ámbito propio de sus competencias, por más que en el preámbulo del RDL 16/2012 se reconozca el sistemático incumplimiento de la normativa comunitaria y el coste económico que ello supone para el erario público español por la “imposibilidad de garantizar los retornos de los gastos ocasionados por la prestación de los servicios sanitarios y sociales a ciudadanos europeos”.

2.7. Otros terceros obligados al pago

Se tratan a continuación otros supuestos en los que existe un tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria, sea por existir un seguro obligatorio que cubre el riesgo, sea por haberse suscrito un seguro voluntario, o porque alguna norma determina que del gasto sanitario realizado debe responder un tercero.

2.7.1. Accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos

El servicio público de salud podrá repercutir el gasto derivado de la asistencia prestada con ocasión de accidentes ocurridos en eventos festivos, actividades recreativas y de espectáculos públicos, en caso de que se haya suscrito contrato de seguro de accidentes o de responsabilidad civil que cubra las contingencias derivadas de esas actividades.

Es habitual que la suscripción de un seguro de accidentes o de responsabilidad civil es condición previa para que la Administración autorice el ejercicio de una actividad recreativa, quedando obligado el asegurador, dentro de los límites establecidos en la Ley 50/1980, del Contrato de Seguro, y en el contrato, a cubrir el riesgo del nacimiento a cargo

del asegurado de indemnizar a un tercero por los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en el contrato, de cuyas consecuencias sea civilmente responsable el asegurado, conforme a derecho. Jurisprudencialmente se ha precisado que la sanidad pública puede dirigir directamente la acción de reembolso frente a la entidad aseguradora, como tercero obligado al pago, sin necesidad de previa declaración de responsabilidad civil del asegurado (promotor del evento)²⁰.

Específicamente, el Reglamento de Espectáculos Taurinos aprobado por Real Decreto 145/1996, de 2 de febrero, establece en su artículo 91.1.e) la obligación de suscribir “Póliza de seguro colectivo por la cuantía suficiente para cubrir cualquier riesgo o accidente que con motivo del festejo pueda producirse”.

2.7.2. Seguro escolar

El art. 2 de la Ley de 17 de julio de 1953 vino a establecer que “el seguro escolar se aplicará con carácter obligatorio a todos los estudiantes españoles que reúnan las condiciones que reglamentariamente se establezcan”, y el art. 5 de la misma ley establece que la prestación, en caso de accidente, consistirá en asistencia sanitaria y, en su caso, en la indemnización o pensión que corresponda. Por otra parte, según el art. 9 de la misma ley, la aplicación del seguro escolar quedaba encomendada al Instituto Nacional de Previsión, por medio de una Mutualidad dependiente del Servicio de Seguros Voluntarios.

Actualmente, el seguro escolar es un seguro que protege a los estudiantes, menores de 28 años, que cursen estudios oficiales desde 3º de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.), hasta el final del tercer ciclo universitario, mediante prestaciones sanitarias y económicas, en caso de enfermedad, accidente escolar e infortunio familiar.

La entidad gestora de la seguridad social habrá de compensar al servicio público de salud que hubiera atendido al estudiante en caso de enfermedad o accidente laboral el coste de la asistencia prestada. En el supuesto de que el centro docente tuviera suscrito, además, un seguro voluntario que cubra los riesgos de enfermedad o accidente, se daría un supuesto de doble aseguramiento por unas mismas contingencias, situación en la que será la entidad aseguradora con la que se hubiera suscrito la póliza de accidentes la que contraiga la obligación, si no de prestar, sí al menos de abonar la prestación de servicios sanitarios “pues asume como principal la obligación de indemnizar cuando acaece el evento asegurado por el contrato”, convirtiéndose por medio de la póliza en tercero obligado al pago

.....

20 Así, Sentencia de la AP Islas Baleares núm. 223/2007, de 31 de mayo, estima la demanda formulada por el servicio público de salud balear contra la compañía aseguradora, exigiendo el reintegro del gasto sanitario invertido en la atención de una menor que resultó accidentada en un espectáculo de feria (castillo hinchable) asegurado por aquella, sin necesidad de que haya recaído una previa declaración de responsabilidad civil del asegurado al no venir exigido este requisito por las normas de aplicación (art. 83 LGS, Disp. Adic. 22ª LGSS/1994, RD 63/1995).

por mor de una especie de “reaseguro”, que desplaza de la obligación de prestar asistencia a los Entes Gestores de la Seguridad Social; de no ser así, se produciría una situación de enriquecimiento injusto de la aseguradora que estaría percibiendo una prima por la cobertura de un riesgo que difícilmente podría activarse al coincidir con las contingencias ya cubiertas por el seguro escolar obligatorio²¹.

2.7.3. Otros supuestos en los que el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias debe ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes

En el último inciso del Anexo IX del Real Decreto 1030/2006 se extiende la obligación de reclamar el coste de la asistencia sanitaria prestada por los servicios públicos de salud a “cualquier otro supuesto en 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”.

Conforme al panorama normativo analizado, y particularmente a lo dispuesto en el artículo 83 LGS y concordantes, 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, subsiste la facultad de reclamación, sin que sea causa excluyente que el paciente resulte ser afiliado a la Seguridad Social con derecho a asistencia sanitaria pública, 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 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 privados²².



21 STSJ Galicia, Contencioso-administrativo, núm. 963/2003, de 27 junio (rec. 9569/1998).

22 Entre otras, Sentencias de la AP Islas Baleares, Sección Cuarta, de 25 marzo 1999, 2 mayo 2000 (rec. 102/98) y 31 mayo 2007 (rec. 226/2007); asimismo, Sentencia de la AP Madrid de 29 de julio de 2005 (rec. 625/2004) y Sentencia de la AP A Coruña de 20 septiembre 2001.

A estos efectos, resulta irrelevante que el asegurado haya incumplido con la obligación establecida en las condiciones generales de la póliza de comunicar a la entidad aseguradora su intención de acudir a un centro no concertado y solicitar su autorización, por impedirlo el principio de relatividad de los efectos del contrato recogido en el artículo 1.257 del Código Civil, que da lugar a que la Administración sanitaria que hubiera atendido al asegurado “como tercero que es respecto al contrato de seguro concertado por la entidad demandada y los asegurados, no pueden verse afectado por el supuesto incumplimiento por parte de esta, de alguno de sus pactos o estipulaciones”²³.

De tan amplia formulación jurisprudencial puede extraerse la conclusión de que no solo en los supuestos de urgencia vital o de derivación realizada desde un centro concertado [por carecer de los medios humanos y/o materiales necesarios] surgirá para la entidad aseguradora la obligación de reintegrar a la sanidad pública el importe de la asistencia que esta hubiera satisfecho, sino que bastará con que la Administración sanitaria tenga constancia de la existencia de una póliza de seguro que cubra las contingencias de enfermedad o accidente del asegurado. La doble cobertura otorgaría así un derecho de reembolso al sistema sanitario público frente a la aseguradora privada en su condición de “tercero responsable”, incluso en los supuestos en que el paciente hubiera acudido voluntariamente a la sanidad pública por tener derecho a ella.

Puede mencionarse aquí el supuesto, ya tratado, al que se refiere el artículo 168.3 de la LGSS, que contempla, como supuesto especial de responsabilidad en orden a las prestaciones, aquellos hechos que impliquen responsabilidad criminal o civil de alguna persona, incluido el empresario, en cuyo caso, con independencia de las acciones que ejerciten los trabajadores o sus causahabientes, el INGESA o la comunidad autónoma correspondiente y, en su caso, las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, tendrán derecho a reclamar al tercero responsable o, si procede, al subrogado legal o contractualmente en sus obligaciones, el coste de las prestaciones sanitarias que hubiesen satisfecho. Igual derecho asistirá, en su caso, al empresario que colabore en la gestión de la asistencia sanitaria, conforme a lo previsto en la legislación de seguridad social.

Asimismo, cabe referirse por su relevancia a la posibilidad de reclamar a los responsables penales el coste de la asistencia sanitaria que con su delito o falta han ocasionado. A este respecto, el artículo 116 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, que aprueba el actual Código Penal, señala que toda persona criminalmente responsable de un delito lo es también civilmente si del derecho se derivaren daños o perjuicios. Este precepto, en unión al sistema descrito con anterioridad, sería suficiente para que las Administraciones sanitarias competentes se personaran como actores civiles en los procesos judiciales ins-

.....

23 Sentencia de la AP Islas Baleares núm. 230/2002, de 26 de abril (rec.198/2002).

tando el reintegro del gasto sanitario ocasionado por la comisión de un delito o falta a los penalmente responsables²⁴.

3.- CONCLUSIONES

Conforme a todo lo expuesto, no cabe sino concluir que los servicios públicos de salud pueden reclamar las prestaciones sanitarias por ellos efectuadas de cualquier tercero obligado al pago, siendo esta (la de “tercero obligado al pago”) una expresión amplia según la doctrina jurisprudencial, 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, debe asumir el pago, subsiste la facultad de reclamación.

Frente al carácter potestativo con el que viene formulado este derecho de reclamación en el artículo 83 LGS [al establecer que “las Administraciones Públicas (...) *tendrán derecho a reclamar* del tercero responsable el coste de los servicios prestados”], el reglamento [Anexo IX del RD 1030/2006] se expresa en términos de mayor contundencia al contener un mandato imperativo [“Asistencia sanitaria cuyo importe *ha de reclamarse* a los terceros obligados al pago”], lo que responde al interés general de no cargar sobre el presupuesto de la sanidad pública el coste de una prestación a la que el paciente no tiene derecho o, aunque lo tenga, existe un tercero que debe responder de su financiación para evitar situaciones de enriquecimiento injusto de entidades que ofrecen determinadas prestaciones sirviéndose de los recursos propios de la sanidad pública, sin satisfacer contraprestación alguna.

Ciertamente, la descentralización territorial de la gestión de la asistencia sanitaria, la dispersión normativa existente en la materia y la ausencia de un procedimiento común en todas las comunidades autónomas para repercutir el coste a los terceros obligados, son circunstancias que no facilitan la activación de esta vía de recaudación, con la consiguiente pérdida de ingresos para los servicios públicos de salud y negativos efectos sobre la sostenibilidad y la eficiencia del SNS.

FAUSTINO CAVAS MARTÍNEZ

Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

Universidad de Murcia

.....

24 GÓMEZ ZAMORA, J.L., “Terceros obligados al pago...”, *cit.*, p. 283.