



Resolución del Ararteko, de 13 de abril de 2011, por la que se recomienda al Departamento de Sanidad y Consumo que ofrezca a (...) todos los servicios a los que tiene derecho como beneficiario del sistema público de salud.

Antecedentes

1. El motivo de esta queja ha sido la denegación por el Departamento de Sanidad y Consumo, de un producto sometido a especial control (código 714). Las circunstancias por las que el interesado ha solicitado esta prestación tienen que ver con las secuelas que sufre a consecuencia de un accidente de tráfico.

La Resolución de 16 de julio de 2010, de la Directora de Aseguramiento y Contratación Sanitaria que desestimó su petición, se basó en dos motivos: a) incumplimiento de las condiciones para su financiación y, b) el acuerdo con la compañía privada aseguradora que cubría los perjuicios del accidente, donde el interesado renuncia a cualquier acción que pudiera corresponderle derivada del accidente, por haber sido debidamente indemnizado. Con relación a este segundo motivo la administración consideró que la renuncia le impedía repercutir en la compañía aseguradora del accidente -tercero responsable del pago- el coste de los servicios prestados al interesado como consecuencia del accidente.

2. En principio, el primer motivo resultaba esencial, pues cualquiera que fuera la conclusión a la que se llegara sobre el segundo, el derecho a la prestación solicitada depende siempre del cumplimiento de las condiciones establecidas en el Decreto 9/1997, de 22 de enero, por el que se regula la prestación ortoprotésica relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, órtesis y prótesis especiales.

Debido a que el interesado nos indicaba que cumplía las condiciones exigidas por el citado Decreto 9/1997, pedimos información al Departamento de Sanidad y Consumo sobre ese motivo de la queja.

Con relación al segundo motivo –la renuncia de acciones respecto de la compañía aseguradora privada-, en nuestra petición de información avanzamos la primera valoración que nos mereció, en el sentido de que entendíamos que el derecho del interesado a recibir las prestaciones sanitarias no puede quedar condicionada por una renuncia de acciones que se sitúa en un ámbito de relaciones jurídicas distinto.





3. La respuesta de la administración sanitaria despejó las dudas suscitadas en cuanto al primer motivo. No se habían cumplido las condiciones establecidas por el Decreto 9/1997, en cuanto a la adquisición y prescripción del producto solicitado.

Aclarado ese motivo de la queja con el interesado, el problema no quedaba zanjado, pues debido a la dolencia que padecía, era previsible que necesitara posteriormente otros productos distintos al solicitado y también la renovación de este último.

Por ello, teniendo en cuenta el alcance que el Departamento de Sanidad y Consumo ha dado al acuerdo de la compañía privada aseguradora con el interesado, por el que éste renuncia a cualquier acción que pudiera corresponderle derivada del accidente, por haber sido debidamente indemnizado, he visto necesario realizar las siguientes

Consideraciones

1. El Real Decreto 1.030/2006, 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, recoge, conforme a lo dispuesto en el artículo 83.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe en varios supuestos, entre estos cuando existe un seguro obligatorio de vehículos de motor.

El problema planteado se sitúa en el marco de esa posibilidad de reembolso, que el Departamento de Sanidad y Consumo considera que ha quedado truncada por la renuncia de acciones del interesado, en el acuerdo que aceptó con la compañía aseguradora.

En el antecedente segundo hemos recogido que en nuestra petición de información avanzamos que entendíamos que el derecho del interesado a recibir las prestaciones sanitarias no puede quedar condicionado por una renuncia de acciones que se sitúa en un ámbito de relaciones distinto.

Desde esa perspectiva, consideramos que el derecho del interesado a recibir las prestaciones sanitarias, es independiente de la posibilidad que el ordenamiento prevé para que el sistema público pueda reclamar el pago de la asistencia prestada a los terceros obligados al pago.





2. En la respuesta a nuestra petición de información, la administración sanitaria nos indicó que al denegar la petición de financiación de la prestación había tenido en cuenta que el paciente y la compañía aseguradora en el accidente de tráfico llegaron a un acuerdo privado, y la vía judicial fue abandonada por el mismo.

Por ello, el Departamento de Sanidad y Consumo considera que al firmar el repetido acuerdo con la compañía aseguradora imposibilita a cualquiera para que pueda reclamar las cantidades correspondientes a las prestaciones complementarias.

3. En opinión del Ararteko, esta persona ha dispuesto de una doble cobertura.

Por una parte tiene derecho a recibir la asistencia sanitaria, en las condiciones que el ordenamiento reconoce a cualquier persona beneficiaria del sistema público (Ley General de la Seguridad Social, artículos 38.1 y 127.3).

Por otra, tenía la cobertura de la compañía aseguradora con la que, una vez que llegó a un acuerdo por las secuela del accidente, renunció a posibles acciones futuras.

Nos encontramos por tanto con una persona que en ese momento tiene una doble cobertura, la derivada del régimen de protección de la sanidad pública y la del seguro obligatorio de accidente.

A la vista de la valoración que se nos ha trasladado, nos parece que el Departamento de Sanidad y Consumo otorga a la renuncia de acciones frente a la aseguradora privada unas consecuencias –le niega prestaciones previstas en su aseguramiento público-, que desvirtúan la naturaleza de las obligaciones propias respecto de esta persona como beneficiario del sistema de salud público.

4. La administración sanitaria nos ha indicado que la renuncia de acciones le imposibilita reclamar a la compañía el coste de las prestaciones. Debido a que no nos ha informado al respecto, desconocemos si esa imposibilidad es una valoración anticipada o si es el resultado de gestiones encaminadas al reembolso que han encontrado una oposición real por parte de la compañía aseguradora.

A falta de esa información, sobre este caso o algún antecedente similar, hemos analizado el convenio marco de asistencia sanitaria derivada de accidentes de tráfico (sector público) publicado en el Boletín Oficial del Estado de 14 de junio de 2002, que regula los términos para que los servicios públicos de salud puedan



solicitar a terceros obligados al pago (en este caso seguros obligatorios de vehículos de motor) el coste de la asistencia que puedan haber prestado.

No hemos encontrado en dicho convenio una previsión que nos lleve a pensar que la renuncia de acciones que está en el origen de esta queja, es causa para que una compañía aseguradora pueda quedar excluida del pago de los gastos asistenciales ocasionados en la sanidad pública. Por otro lado, desconocemos si la administración sanitaria intentó el cobro del coste de la asistencia o, si lo hizo, si la discrepancia por la eventual negativa de la aseguradora privada se sometió a la Comisión de Vigilancia y Arbitraje para el seguimiento del mencionado convenio marco.

5. En cualquier caso, nos parece que el problema planteado en esta queja no se debe resolver con base en las previsiones de dicho convenio.

Una cosa es el problema que puede tener la administración sanitaria para recuperar con la compañía privada el reembolso del gasto y otra si, aun admitiendo que la excepción basada en la renuncia de acciones que pudiera haber planteado la aseguradora fue efectiva y correcta, esa circunstancia es motivo para negar al paciente las prestaciones que le corresponden como asegurado público.

Lo esencial a tener en cuenta aquí es la obligación que tiene el sistema público prevista en la Ley General de la Seguridad Social, de atender en todo caso, tanto la asistencia sanitaria como la prestación ortoprotésica.

Por ello, si fuera cierto que la aseguradora planteó efectivamente una excepción basada en el acuerdo de renuncia de acciones con el asegurado, quedaría por justificar la razón por la que el Departamento de Sanidad y Consumo obvia el cumplimiento de la obligación que el sistema público de salud tiene impuesta en virtud de la acción protectora reconocida en la citada Ley General de la Seguridad Social, artículos 38.1 y 127.3.

De acuerdo con dichos preceptos, el sistema público de salud debe hacer efectivas las prestaciones a las que esta persona tiene derecho, sin perjuicio de la facultad de repetición. Dice así el artículo 127.3 *“Cuando la prestación haya tenido como origen supuestos de hecho que impliquen responsabilidad criminal o civil de alguna persona, incluida el empresario, la prestación será efectiva, cumplidas las demás condiciones, por la entidad gestora....., sin perjuicio de aquellas responsabilidades”*.





Esa acción protectora supone que el sistema público debe atender el derecho a la asistencia sanitaria de esta persona. Ha de hacerlo con el alcance reconocido para todos los usuarios en el Real Decreto 1.030/2006, sin perjuicio del reembolso que después pueda reclamar por el importe de la prestación facilitada.

Las discrepancias que en ese otro ámbito pueda encontrar la administración no pueden llevar a alterar el contenido del derecho a la protección de la salud a la que tenemos derecho como beneficiarios del sistema público.

6. De acuerdo con lo manifestado por esta persona, sólo ha tenido problemas para acceder a prestaciones complementarias como la de esta queja -prestación ortoprotésica (código 714)-, pero no para recibir la asistencia sanitaria por las secuelas derivadas del accidente que sufrió.

Una interpretación coherente con las razones que la administración sanitaria ha expuesto para denegar la financiación del producto solicitado parece que debería conllevar un replanteamiento en la oferta de otros servicios sanitarios que estuvieran relacionados con las secuelas que padece por el accidente. Cabe pensar que el hecho de que no haya sido así se deba a que la interpretación que el Departamento de Sanidad y Consumo ha realizado no es lo meridianamente clara que debiera para adoptar una decisión limitativa de un derecho, como la que ha motivado esta queja.

Llegados a este punto, no podemos olvidar que el interesado no cumplió con los requisitos exigidos con carácter general para acceder a la financiación del producto. Según este hecho, al que nos hemos referido en el antecedente tercero, la denegación no se había debido únicamente a la interpretación que la administración sanitaria ha realizado de la renuncia de acciones, que por los motivos expuestos no compartimos.

Sin embargo, dado que como también hemos señalado en el antecedente tercero, esta persona necesitará previsiblemente otras prestaciones complementarias o su renovación, nos ha parecido necesario realizar estas consideraciones, según las cuales entendemos que la renuncia de acciones frente a la aseguradora privada, por sí misma, no puede justificar la limitación del derecho a la protección de la salud del interesado, en ninguno de sus servicios.

Por ello, en conformidad con lo preceptuado en el artículo 11 b) de la Ley 3/1985, de 27 de febrero, por la que se crea y regula esta institución, se eleva la siguiente





RECOMENDACIÓN 8/2011, de 13 de abril, al Departamento de Sanidad y Consumo

Que en cumplimiento de la obligación de hacer efectiva la prestación sanitaria ofrezca a (...) todos los servicios a los que tiene derecho como beneficiario del sistema público de salud.

