

Una victoria pírrica, difícilmente expansiva, sobre reintegro de gastos sanitarios padecidos en la primera ola de la pandemia del coronavirus

Comentario a la **Sentencia del Tribunal Supremo 682/2024, de 8 de mayo**

Alberto Arufe Varela

Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

Universidad de A Coruña (España)

titof@udc.es | <https://orcid.org/0000-0002-1954-9971>

Extracto

La Sala de lo Social del Tribunal Supremo reconoce el derecho del recurrente al reintegro de sus gastos sanitarios efectuados en hospital privado, en la primera ola de la pandemia del coronavirus. El recurrente obtiene una victoria pírrica, por causa del importe de los gastos objeto de reintegro, y difícilmente expansiva a otros supuestos de reintegro, por causa del contexto pandémico en que se desenvuelve. La reforma de la norma reguladora del reintegro de gastos podría tratar de evitar este tipo de victorias pírricas en el futuro.

Palabras clave: pandemia del coronavirus; reintegro de gastos sanitarios; requisito de contradicción; Sala de lo Social del Tribunal Supremo; urgencia vital; derecho de la Seguridad Social; primera ola coronavirus.

Recibido: 26-07-2024 / Aceptado: 19-08-2024 / Publicado: 06-09-2024

Cómo citar: Arufe Varela, A. (2024). Una victoria pírrica, difícilmente expansiva, sobre reintegro de gastos sanitarios padecidos en la primera ola de la pandemia del coronavirus. Comentario a la Sentencia del Tribunal Supremo 682/2024, de 8 de mayo. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 482, 155-163. <https://doi.org/10.51302/rtss.2024.22495>

A pyrrhic victory, hardly expansive, on the reimbursement of health care expenses suffered during the first wave of the coronavirus pandemic

Commentary on Supreme Court Ruling 682/2024,
of 8 May

Alberto Arufe Varela

Professor of Labour and Social Security Law.

University of A Coruña (Spain)

titof@udc.es | <https://orcid.org/0000-0002-1954-9971>

Abstract

The Social Chamber of the Supreme Court affirms the right of the appellant to reimbursement of his health care expenses paid to a private hospital during the first wave of the coronavirus pandemic. The appellant obtains a pyrrhic victory, due to the amount of the expenses to be reimbursed, and it is difficult to expand to other cases of reimbursement, due to the pandemic context in which it takes place. The reform of the provision regulating the reimbursement of expenses could try to avoid this type of pyrrhic victory in the future.

Keywords: coronavirus pandemic; reimbursement of health care expenses; requirement of contradiction; Social Chamber of the Supreme Court; vital urgency; Social Security law; coronavirus first wave.

Received: 26-07-2024 / Accepted: 19-08-2024 / Published: 06-09-2024

Citation: Arufe Varela, A. (2024). A pyrrhic victory, hardly expansive, on the reimbursement of health care expenses suffered during the first wave of the coronavirus pandemic. Commentary on Supreme Court Ruling 682/2024, of 8 May. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 482, 155-163. <https://doi.org/10.51302/rtss.2024.22495>

1. Marco jurídico

Una reciente [Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 8 mayo 2024 \(núm. 682/2024\)](#) acaba de pronunciarse, en casación para la unificación de doctrina, sobre un asunto de reintegro o reembolso de gastos sanitarios derivados de la utilización de servicios ajenos al Sistema Nacional de Salud, la cual traía causa de una solicitud inicial en sede administrativa, en la que el interesado alegaba que dicha utilización suya se había debido a una situación de riesgo vital. El marco jurídico atinente a la solicitud en cuestión lo constituye fundamentalmente el [Real Decreto 1030/2006, de 15 septiembre](#), por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (norma reglamentaria que desarrolla el [apdo. 3 del art. 102 de la Ley general de la Seguridad Social de 1974](#), todavía vigente a estos efectos, así como el [art. 17 de la Ley 14/1986, de 25 abril, general de sanidad](#)). Más en concreto, interesa el [apartado 3 de su artículo 4](#) (crípticamente rotulado «Personal y centros autorizados»), a cuyo tenor: 1) su inciso primero identifica cuál es la regla y cuál la excepción, limitando esta última a «situaciones de riesgo vital» (literalmente, «La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquel»); 2) su inciso segundo detalla un poco más –si bien de manera parcialmente tautológica– qué deba entenderse por «situaciones de riesgo vital», las cuales equipara a «casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital» (literalmente, «En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción»); y 3) su inciso tercero introduce un elemento de internacionalidad (literalmente, «Todo ello sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte o en normas de derecho interno reguladoras de la prestación de asistencia sanitaria en supuestos de prestación de servicios en el extranjero»), el cual no interviene en el supuesto de la [sentencia que nos ocupa](#), dado que se desarrolla exclusivamente en el ámbito doméstico.

En apariencia, esta [disposición reglamentaria de 2006](#) constituía una versión más ampliada y sofisticada que la de la norma que procedió a sustituir, contenida en el [Real Decreto 63/1995, de 20 enero](#), sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, siendo la concreta norma sustituida el apartado 3 de su artículo 5 (precepto carente de rótulo, y a cuyo tenor, «En los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y

de carácter vital, que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción»). Pero esta apariencia resultaría engañosa si no reparásemos en que el citado [apartado 3 del artículo 4 del Real Decreto 1030/2006](#) es más bien una norma de recorte o, para ser más preciso, una norma que consolida el recorte operado en el tema del reembolso o reintegro de gastos sanitarios por el apartado 3 del artículo 5 del [Real Decreto 63/1995](#), en la medida en que la norma que este último procedió a sustituir, incluida en el [Real Decreto 2766/1967, de 16 noviembre](#), por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el régimen general de la Seguridad Social, habilitaba el reintegro de gastos no solo en los supuestos de asistencia urgente y de carácter vital, sino también en los supuestos conocidos como de denegación injustificada (literalmente, «si [...] se le denegase [al beneficiario] injustificadamente la prestación de la asistencia debida, podrá reclamar el reintegro de los gastos efectuados por la utilización de servicios distintos de los que corresponderían siempre que lo hubiera notificado en el plazo de 48 horas siguientes al comienzo de la asistencia, debiendo, al solicitarlo, razonar la petición y justificar los gastos efectuados»), ambos regulados en su [artículo 18](#) (rotulado gráficamente «Asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos a la Seguridad Social»). Ciertamente, el recorte de 1995 consolidado en 2006 tuvo unos efectos principalmente procesales, supuesto que el reembolso de gastos por denegación injustificada de la asistencia sanitaria podía llegar a revisarse ahora en el orden contencioso-administrativo, pero no era ello poca cosa, compartiendo la afirmación crítica (efectuada por [Aurelio Desdentado Bonete y Eva Desdentado Daroca](#) en 2003) de que «esto incrementa la ya excesiva dualidad jurisdiccional en materia de Seguridad Social con todos sus inconvenientes».

Por lo demás, este marco normativo había venido contando desde muy temprano con un imponente revestimiento jurisprudencial, que esta [sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo](#) pasa a engrosar, supuesto –como doctrinalmente pusieron de relieve, ya en 1977, [Luis Enrique de la Villa Gil y Aurelio Desdentado Bonete](#)– que «la asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos a la Seguridad Social [...] ha dado motivo a constantes pleitos en orden al derecho de reembolso de los gastos», de manera que «las decisiones de los tribunales son [...] muy numerosas». Ello lo acredita la propia [sentencia que nos ocupa aquí](#), bastando indicar para probarlo que solo su fundamento de derecho (FD) tercero –núcleo de la argumentación puramente jurídica de la decisión– ofrece la cita concreta de hasta 23 sentencias distintas de la propia sala, las cuales abarcan un arco temporal de un cuarto de siglo, que se extiende desde 1987 hasta 2012, con representación de todas las décadas intermedias implicadas (refiriéndose, por ejemplo, a «sus sentencias de [...] 14 de abril de 1993 [...], 13 de octubre de 1994 [...], 30 de noviembre de 1994 [...], 8 de febrero de 1995 [...], 21 de diciembre de 1995 [...], 8 de marzo de 1996 [...], 26 de abril de 1996 [...], y de 20 de diciembre de 2001»), teniendo en cuenta que el grueso del FD en cuestión consiste en la reproducción literal de parte de algunas de estas sentencias anteriores. Como veremos más adelante, hay un elemento particular que significa poderosamente la [sentencia](#)

de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo que nos ocupa, ausente en las 23 anteriores que cita, relativo al contexto social y sanitario en que se desarrolla el supuesto de hecho sobre el que se proyecta, que es un contexto marcado por la irrupción de la pandemia sanitaria del coronavirus.

2. Síntesis del supuesto de hecho

Así se hace constar, en efecto, en la síntesis del supuesto de hecho que efectúa el FD primero de la [sentencia que nos ocupa](#), refiriéndose –en esencia– a los siguientes extremos: 1) «el demandante –celador en el Hospital [público] Universitario Gregorio Marañón– inició un proceso de incapacidad temporal por coronavirus el 20 de marzo de 2020», esto es, solo 6 días después de que el Gobierno declarase el primer estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria; 2) «el 24 de marzo acudió a las Urgencias de dicho hospital [público], recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente, con diagnóstico de [...] sospecha de COVID [...] e indicación de tratamiento farmacológico [...], buen estado general, ausencia de trabajo respiratorio y posterior control radiológico, [por lo que] me abstengo de realizar el resto de la exploración física para minimizar contacto»; 3) «al día siguiente del alta, el 26 de marzo, el actor ingresó en el Hospital [privado] Nuestra Señora del Rosario con neumonía bilateral [...], experimentando un empeoramiento clínico con infiltrados bilaterales e insuficiencia respiratoria, iniciándose terapia farmacológica [...], precisando de ingreso en la UCI el 1 de abril de 2020, [...] y V[entilación] M[ecánica] desde el ingreso»; 4) «durante su estancia en la UCI el actor presentó como complicaciones insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía bilateral por COVID-19 [...], traqueotomía, delirio/agitación y sobreinfección respiratoria»; y 5) «a su salida de la UCI, 35 días después, regresó a la planta de medicina interna, con una evolución lentamente favorable, recibiendo rehabilitación y fisioterapia motora y respiratoria, así como ciclo de antibiótico, siendo emitida el alta hospitalaria el 15 de mayo de 2020».

En el texto de la [sentencia que aquí nos ocupa](#) consta que «el demandante ha abonado al Hospital [privado] Nuestra Señora del Rosario una factura por un importe total de 80.973,19 euros», aunque en la resultancia fáctica lo que se impone es la afirmación relativa a que «solo 2.013,44 euros [...] se han considerado debidamente acreditados» en el curso del procedimiento (administrativo primero, judicial después) conducente a la obtención del reintegro de la cantidad en cuestión, teniendo en cuenta que dicho procedimiento (administrativo primero, judicial después) aparece escalonado en cinco fechas clave, tal como obran en la propia resultancia fáctica de la sentencia, a saber: 1) la del «7 de octubre de 2020», en que se produce la solicitud del interesado, celador hospitalario, para el reintegro de gastos sanitarios»; 2) la del «23 de marzo de 2021», en que el «Servicio Madrileño de la Salud denegó su solicitud, por entender que [...] había acudido voluntariamente a un centro ajeno al Sistema Nacional de Salud»; 3) la del «30 de junio de 2020», en que fue «desestimada por resolución expresa» la reclamación administrativa previa presentada por el celador hospitalario interesado; 4) la del «2 de febrero de 2022», en que el «Juzgado

de lo Social n.º 19 de Madrid dictó sentencia [...], desestimando la demanda interpuesta por [el celador hospitalario interesado] [...] contra el Servicio Madrileño de la Salud»; y 5) la del «30 de junio de 2022», en que la «Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid [procedió a] [...] desestimar [...] el recurso de suplicación interpuesto por el [...] letrado [...] en nombre y representación [del celador hospitalario interesado] [...] y [...] confirmar [...] la sentencia de instancia».

A pesar de que la cuantía de la reclamación quedaba limitada a poco más de 2.000 euros (en lugar de los más de 80.000 € aparentemente facturados por el hospital privado), el celador hospitalario y su abogado se animaron a interponer el correspondiente recurso de casación para la unificación de doctrina, invocándose para el contraste una sentencia de la misma sala y la misma fecha que la sentencia recurrida, esto es, una sentencia «dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 30 de junio de 2022», la cual –a diferencia de lo sucedido en la sentencia recurrida– sí acabó reconociendo la obligación del Servicio Madrileño de la Salud de reintegrar los gastos padecidos por la asistencia sanitaria privada ligada a la primera ola del coronavirus, teniendo en cuenta que los hechos acreditados en la sentencia de contraste –tal como aparecen reflejados en la [sentencia que nos ocupa](#)– se refieren a los siguientes extremos: 1) «la madre del demandante, desde el 12 de marzo de 2020[,] estaba siendo tratada en el centro de salud [público] por sospecha de infección por coronavirus, y tras empeorar, el 14 de marzo acudió con su hijo al Hospital [público] Ramón y Cajal, siendo diagnosticada de "Gastroenteritis aguda sin signos de alarma en el momento actual"»; 2) «en informe de la misma fecha y del mismo hospital se diagnosticó al padre del actor "posible viriasis sin datos de alarma a filiar evolutivamente"»; 3) «el día 16 de marzo de 2020, el demandante acudió en compañía de su padre al hospital [público] Gregorio Marañón donde fue diagnosticado de "Sospecha de infección por coronavirus", y ese mismo día fue igualmente con sus padres al hospital [privado] Nuestra Señora de América, donde fueron ingresados, falleciendo la madre el 7 de abril de 2020 por insuficiencia respiratoria por afectación pulmonar por COVID-19, permaneciendo su padre ingresado hasta el alta emitida el 30 de marzo de 2020».

3. Aspectos clave determinantes del fallo

Naturalmente, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo habría tenido que inadmitir el recurso de casación para la unificación de doctrina si no hubiese salvado la objeción planteada, tanto por el Servicio Madrileño de Salud recurrido como por el Ministerio Fiscal, a la existencia de contradicción entre las sentencias recurrida y de contraste. En palabras de la propia sala:

[...] la diferencia que lleva a la parte recurrida y al Ministerio Fiscal a considerar que no existe contradicción se centra fundamentalmente en el hecho de que mientras en el supuesto de la sentencia de contraste antes de que los padres del actor quedaran

ingresados en el hospital privado [...] acudieron [...] en dos ocasiones a centros hospitalarios de la Sanidad Pública [...], en el ahora recurrido el demandante, tras ser dado de baja médica por coronavirus, fue solo una vez al Servicio de Urgencias del Hospital [público] Gregorio Marañón [...], procediéndose entonces a su ingreso un día más tarde en el centro hospitalario privado,

siendo esta una objeción que no detuvo a la sala, pues –de nuevo con sus palabras, que destacan la condición del recurrente de celador hospitalario–:

[...] el hecho de que el ahora actor tan solo acudiera una vez al Hospital público y en el supuesto de la sentencia referencial fueran dos las veces que los padres del demandante fueron atendidos en centros hospitalarios públicos, no puede resultar relevante a los efectos de considerar incumplido el requisito de contradicción, máxime [...] teniendo [...] en cuenta que el actor prestaba servicios en el hospital [público] Gregorio Marañón (donde fue dado de alta), lo que lo hacía conocedor de la real situación de saturación en la que se encontraba el centro,

que es una situación que la propia sala describe como de «absoluto desbordamiento de la sanidad en su primera ola [...], resultando insuficientes los medios materiales y humanos para afrontar la atención de los pacientes, con índices de mortandad alarmantemente desorbitados». Y por si ello no fuera suficiente, la sala se encargó de destacar otros hechos que consideraba sustancialmente iguales en las sentencias comparadas, con el objeto de blindar la existencia de contradicción entre ellas (así, «en los [dos] casos [...] se ocasionan gastos en la medicina privada con motivo de ingresos hospitalarios derivados del COVID», «también en los dos se ha acudido previamente a la medicina pública sin que los enfermos fueran hospitalizados en ella», e «igualmente [en los dos casos], la evolución hacia la gravedad fue inminente y severa»).

Superada la objeción relativa a la falta de contradicción, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo debía verificar el cumplimiento de las exigencias habilitantes del reintegro de gastos sanitarios contenidas en el citado [apartado 3 del artículo 4 del Real Decreto 1030/2006](#), allí donde se refiere –recuérdese– a «situaciones de riesgo vital», entendidas como «casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital». Es aquí donde la Sala de lo Social del Tribunal Supremo trae a colación la retahíla de 23 decisiones previas suyas al respecto, reiterando ahora –con cita de la más reciente de la serie, que es una [Sentencia de 31 enero de 2012, rec. 45/2011](#)– las siguientes consideraciones: 1) que «el problema hermenéutico consiste en precisar si la urgencia vital se refiere únicamente al peligro de muerte inminente o si debe también incluirse la pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona»; 2) que «si el autor de la norma reglamentaria hubiera querido restringir los supuestos a los riesgos de pérdida de la vida, así lo hubiera expresado en términos tales como "peligro inminente de muerte", pero no se hizo así, [sino que] [...] se acudió a una expresión de mucho más amplio contenido, "urgencia vital", que hemos de interpretar conforme a la segunda de las acepciones del término, referida

a la suma importancia o trascendencia»; y 3) que «en el estado actual de la protección social en materia sanitaria, derivado del mandato constitucional del derecho de protección a la salud (art. 43.1 de la CE) no permite una interpretación mezquina del precepto que nos ocupa». Sobre la base de estas consideraciones, ¿a qué conclusión acabaron llegando los magistrados de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo en el concreto supuesto enjuiciado?

Pues bien, «a la luz de los criterios descritos», la conclusión a la que llegaron fue la de que «nos hallamos ante un supuesto de urgencia vital con necesidad inmediata de asistencia médica». En consecuencia, a diferencia de lo acontecido en los dos grados jurisdiccionales previos, procedieron a reconocer el derecho del celador hospitalario infectado con el COVID al reintegro de sus gastos sanitarios abonados en el hospital privado, aunque no en la cuantía aparentemente facturada –por importe, recuérdese, de más de 80.000 €–, sino en una sustancialmente inferior, pues tales gastos «en concreto ascienden a 2.013,44 euros, que es el importe al que alcanzan los conceptos que detalló y desglosó». No obstante, pensando en eventuales efectos futuros de esta decisión judicial, no queda más remedio que advertir que esta conclusión suya está fuerte e íntimamente conectada a las concretas circunstancias sanitarias que se padecieron con especial crudeza en la primera ola de la pandemia del coronavirus, a la vista de las consideraciones con las que la propia sala cierra su argumentación (reflexionando sobre la exigencia, también contenida en el citado [apdo. 3 del art. 4 del RD 1030/2006](#), de que no se haya realizado una «utilización desviada o abusiva» de la asistencia sanitaria privada), las cuales aparecen expuestas en los siguientes términos literales:

La situación del demandante, como ya avanzamos en fundamentos jurídicos anteriores de esta resolución, debe ser examinada en el contexto de la pandemia ocasionada por el coronavirus, con un absoluto desbordamiento de la sanidad, siendo claramente insuficientes los medios materiales y humanos para afrontar la atención de los pacientes, y con índices de mortandad alarmantemente desorbitados. En este marco, el alta hospitalaria del actor, constatada ya la existencia de neumonía, como se evidenció de la gravísima evolución que experimentó en un breve lapso con evidente peligro para su vida, se mostraba claramente arriesgada. No puede mantenerse que el demandante no intentara que su asistencia sanitaria se asumiera por la sanidad pública, pues, efectivamente lo hizo, y ante su alta –y con la evidencia de la saturación de medios materiales y humanos existente– se viera obligado a acudir a la sanidad privada. No es posible entender en esas circunstancias, que se hizo un uso abusivo de servicios ajenos al sistema sanitario público.

4. Valoración crítica

En fin, «esas circunstancias» (esto es, «el contexto de la pandemia ocasionado por el coronavirus») comprometen un eventual efecto expansivo de la victoria del celador hospitalario recurrente hacia otros solicitantes distintos de reintegro de sus gastos sanitarios

privados –a pesar de la generosa apreciación que la Sala de lo Social del Tribunal Supremo (habitualmente poco inclinada a fallar a favor de los reclamantes en estos casos de solicitud de reintegro de gastos) efectuó aquí del requisito de contradicción (cuando la Sala de lo Social quiere casar unificando doctrina, puede)–, especialmente teniendo en cuenta que la falta de datos estadísticos (o al menos, la lamentablemente usual falta de acceso libre a esos datos, supuesto que existan) relativos a la utilización de medios sanitarios privados –en el contexto o no de la pandemia– entorpece una toma de posición firme acerca del potencial multiplicador de esta decisión sobre casos sustancialmente iguales, todo lo cual alimenta el «panorama confuso» (en palabras de [Aurelio Desdentado Bonete y Eva Desdentado Daroca](#), escritas en 2003) de la materia del reintegro de gastos, que continúa pidiendo una reforma estructural, por la que no queda más remedio que seguir esperando. Llegado el caso, una eventual reforma del marco normativo del reintegro de gastos también podría poner interés en evitar la naturaleza pírrica de victorias como la del celador hospitalario de este caso (incapaz de hacer valer en el procedimiento, administrativo primero, judicial después, la cuantía de su «factura por un importe de 80.973,19 €»), especialmente pírrica si hubiese tenido que hacer frente (y cabe suponer que habrá tenido que hacer frente) al pago de los correspondientes honorarios a su abogado (destinatario final de buena parte, si no del total, de los «2.013,44 €» del reintegro obtenido de gastos sanitarios). Moviéndome idealmente en un plano comparatista –tomando como elemento de contraste el derecho de los Estados Unidos de América–, ello podría significar, por ejemplo, el imperativo de anudar a pretensiones de este tipo –que cabe considerar pretensiones de Seguridad Social, al menos desde una perspectiva material– el importe de los honorarios de abogados a favor del reclamante vencedor, o la configuración de la reclamación administrativa previa como un procedimiento distinto de un mero trámite abocado inexorablemente al fracaso, transmutando su naturaleza de contenciosa (o de confrontación entre solicitante y Administración) en inquisitiva (o de verificación real y efectiva por la Administración del derecho del solicitante), con todas las ventajas que ello comportaría (ventajas explicadas con primor entre nosotros por [Iván Vizcaíno Ramos](#) este mismo año 2024, haciéndose eco de la más reciente jurisprudencia de la Corte Suprema de los Estados Unidos).