

Reitera el Tribunal Supremo que un hospital privado que deriva pacientes a un hospital público no tiene la consideración de tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria

El TS estima el recurso interpuesto por la Clínica Parque -hospital privado- y anula las liquidaciones giradas en concepto de precios públicos por asistencia sanitaria de paciente derivado a un hospital público, por tratarse de una prestación patrimonial contraria al ordenamiento jurídico.

Basa la Sala su fallo en la jurisprudencia reiterada según la cual un hospital privado que deriva o facilita el traslado de pacientes a un hospital público no puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido del art. 83 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, desarrollado en el art. 2.7 y en el Anexo IX del RD 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, salvo en aquellas asistencias sanitarias prestadas por el Hospital Público cuya atención corresponda al Hospital privado conforme al convenio o concierto suscrito con la respectiva Administración sanitaria.

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Contencioso-Administrativo

Sección 2.ª

SENTENCIA 601/2022, DE 23 DE MAYO DE 2022

RECURSO DE CASACIÓN Núm: 7367/2020

Ponente Excmo. Sr. DIMITRY TEODORO BERBEROFF AYUDA

En Madrid, a 23 de mayo de 2022.

Esta Sala ha visto el recurso de casación núm. 7367/2020, interpuesto por Clínica Parque, S.A., representado por la procuradora de los Tribunales doña María Milagros Mandillo Blázquez, bajo la dirección letrada de don Diego Joaquín Canales Tafur, contra la sentencia dictada el 27 de abril de 2020 por el Tribunal Superior de Justicia de Canarias, con sede en Santa Cruz de Tenerife ("TSJC"), en el recurso núm. 225/2019.

Ha sido parte recurrida la Comunidad Autónoma de Canarias, representado por la letrada de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Dimitry Berberoff Ayuda.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Resolución recurrida en casación.

El presente recurso de casación se dirige contra la sentencia del TSJC de 27 de abril de 2020, que desestimó el recurso núm. 225/2019, interpuesto por la representación procesal de Clínica Parque S.A. frente a la resolución de 25 de julio 2019, de la Junta Económico-Administrativa de Canarias en la reclamación económico administrativa 2018/390, interpuesta contra la resolución 563/2018 de 27 de febrero de 2018 del Director Gerente del HOSPITAL000, que desestima recurso de reposición

deducido frente a la factura NUM000, girada en concepto de precio público de cuantía 22.005,89 euros por asistencia sanitaria prestada a solicitud de facultativo de Clínica Parque "que decide trasladar a su paciente privado al centro público citado".

SEGUNDO. - Tramitación del recurso de casación.

1.- Preparación del recurso. La procuradora doña Milagros Mandillo Blázquez, en representación de Clínica Parque, S.A., mediante escrito de 11 de agosto de 2020 preparó el recurso de casación contra la expresada sentencia de 27 de abril de 2020.

El TSJC tuvo por preparado el recurso de casación en auto de 3 de noviembre de 2020, ordenó remitir las actuaciones al Tribunal Supremo y emplazó a los litigantes para que comparecieran ante la Sala Tercera.

2.- Admisión del recurso. La Sección de admisión de esta Sala Tercera del Tribunal Supremo admitió el recurso de casación por medio de auto de 4 de marzo de 2021, en el que aprecia un interés casacional objetivo para la formación de la jurisprudencia, enunciado en estos literales términos:

"2.º) La cuestión que presenta interés casacional objetivo para la formación de la jurisprudencia consiste en:

Determinar si, un hospital privado que deriva a un paciente a un hospital público puede ser considerado tercero obligado al pago, en el sentido que deriva del artículo 83 LGS, *desarrollado en el artículo 2.7 y en el Anexo IX RD 1030/2006, y de poder serlo bajo qué concretas condiciones, de modo que resulte posible girarle el precio público establecido para el servicio prestado por el servicio de salud de la comunidad autónoma competente.*

3.º) Identificar como normas jurídicas que, en principio, habrán de ser objeto de interpretación el artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollado en el artículo 2.7 y 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 y el procedimiento para su actualización. Ello sin perjuicio de que la sentencia haya de extenderse a otras si así lo exigiere el debate finalmente trabado en el recurso, ex artículo 90.4 de la LJCA."

3.- Interposición del recurso (síntesis argumental de la parte recurrente en casación). La procuradora doña María Milagros Mandillo Blázquez, en representación de Clínica Parque, S.A., interpuso recurso de casación mediante escrito de fecha 22 de abril de 2021, que observa los requisitos legales.

Para fundamentar la estimación del recurso de casación y consiguiente anulación de la sentencia impugnada, argumenta que esta ha infringido el artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, "BOE" núm. 102, de 29 de abril, desarrollado en el artículo 2.7 y 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 y el procedimiento para su actualización, "BOE" núm. 222, de 16 de septiembre, y la jurisprudencia que los interpreta.

Manifiesta que su pretensión casacional coincide con la acogida por las sentencias de la Sección Segunda de esta Sala Tercera del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2020 (RCA/5617/2018; ECLI:ES:TS:2020:1001) y 22 de junio de 2020 (RCA/5646/2018; ECLI:ES:TS:2020:1832).

Enfatiza que la sentencia infringe los artículos y la jurisprudencia citadas, en virtud de una interpretación extensiva y *contra legem* de esas normas, determinando que se atribuya a un hospital privado la condición de "tercero obligado al pago" de asistencias prestadas en un hospital público, sin soporte legal al efecto.

Concluye que, el hospital privado no estaría utilizando recursos públicos para realizar y dar cumplimiento a una obligación legal o contractual que le fuera exigible (que además no tiene), sin

soportar los costes de mantener esos medios necesarios; y es la propia lógica del sistema de terceros obligados la que exige que esas prestaciones sanitarias sean asumidas precisamente por quien tiene asumida la obligación legal o contractual de prestarlas.

4.- Escrito sin oposición al recurso interpuesto de la parte recurrida en casación. La letrada de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias, en representación de la Comunidad Autónoma de Canarias, presentó escrito no oponiéndose al recurso de casación de fecha 7 de mayo de 2021.

5.- Votación, fallo y deliberación del recurso. De conformidad con el artículo 92.6 de la Ley de la Jurisdicción, y considerando innecesaria la celebración de vista pública atendiendo a la índole del asunto, mediante providencia de fecha 11 de mayo de 2021, quedó el recurso concluso y pendiente de señalamiento para votación y fallo.

Por providencia de fecha 16 de marzo de 2022 se designó Magistrado ponente al Excmo. Sr. D. Dimitry Berberoff Ayuda y se señaló para votación y fallo de este recurso el día 17 de mayo de 2022, fecha en que comenzó su deliberación.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La controversia jurídica.

El debate casacional consiste en determinar si un hospital privado que deriva pacientes a un hospital público puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria prestada, a los efectos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y del Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

SEGUNDO. Antecedentes y posición de la sentencia de instancia.

En el HOSPITAL000 se prestó asistencia desde el 26 de octubre hasta el 9 de noviembre de 2017 a paciente derivada por facultativo del centro privado Clínica Parque, constando informe médico de dicha clínica donde figura la solicitud de traslado de la paciente. firmada por el facultativo, así como informe asistencial de ambulancia en el que figura que la paciente acude remitida desde Clínica Parque.

La paciente acudió a Clínica Parque el 26 de octubre de 2017 como motivo de "tratamiento costal en el barco donde viajaba" y fue remitida para TAC. En la misma fecha, pasa del servicio de urgencias al servicio de medicina intensiva (UVI).

En el plan diagnóstico terapéutico se refiere: "por lo que dada la posibilidad de requerir valoración urgente por cirugía torácica se decide su traslado a hospital de referencia" (aunque no se lee la frase en su totalidad al ser defectuosa la copia).

Tras indicar la normativa aplicable y referirse a la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de febrero de 2019, recurso 2770/2017, ECLI:ES:TS:2019:403, la Sala de Tenerife extrae las siguientes conclusiones:

"La prestación sanitaria se inicia al acudir la paciente al servicio de urgencias de la Clínica Parque, centro en el que se le registra como paciente asegurada. La solicitud de identificación de seguro de la paciente a Clínica Parque fue contestada (a Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias, expediente en PDF, 37-39), señalando como entidad aseguradora a Servicios Médicos del Puerto, sin las referencias indispensables y habituales en la práctica, necesarias para repercutir la asistencia a una entidad aseguradora.

En la Clínica Parque pasó del servicio de urgencias al servicio de medicina intensiva (UVI), desde el que es derivada al centro público, HOSPITAL000. Así consta en los documentos anteriormente referidos,

de los que no resulta, en cambio, el alta hospitalaria ni que el traslado al centro público se haya solicitado por la paciente o sus familiares, como tampoco que las medidas terapéuticas necesarias para su tratamiento no fueran exigibles al centro privado al que acudió y que resultasen exclusivas del medio hospitalario público.

En el centro público, HOSPITAL000 se recibe y gestiona como una paciente derivada. La comunicación de la posible existencia de un seguro privado resultó insuficiente para la realización de ningún tipo de gestión. La paciente de la documentos que obra en el expediente resulta que era de nacionalidad estadounidense, no europea.

Por todo ello, concluye la Sala la correcta reclamación a la entidad recurrente del precio público liquidado por la asistencia sanitaria dispensada en el HOSPITAL000".

TERCERO. - Remisión a la jurisprudencia.

Teniendo en consideración que la controversia aquí suscitada ha sido ya abordada en previos pronunciamientos, nos remitiremos a estos en virtud del principio de unidad de doctrina y de seguridad jurídica, vectores de la funcionalidad del recurso de casación, como "instrumento por excelencia para asegurar la uniformidad en la aplicación judicial del derecho" según expresa el Preámbulo de la Ley Orgánica 7/2015, de 21 de julio, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.

Así, en la reciente sentencia núm. 549/2022, de 10 de mayo, hemos estimado el rca. núm. 7160/2020, interpuesto por la misma clínica aquí recurrente, contra una sentencia de la Sala de Santa Cruz de Tenerife, que resolvió un recurso en el que, como aquí acontece, la derivación se produjo en circunstancias de urgencia.

Así, en esa sentencia hemos expresado lo siguiente:

"En este caso, la asistencia la solicitaron los padres del paciente menor de edad, que acudieron a la Clínica Parque y ésta, tras una atención inmediata y preliminar, ante la gravedad del caso -incluso con posible urgencia vital- decidió derivarlo al HOSPITAL000. Sólo consta la mera indicación de una compañía de seguros en un documento clínico, pero no la póliza ni la prestación de servicios incluida en ella a cargo de la Clínica. La derivación se produce en circunstancias de urgencia.

Por el contrario, la STS de 19 de mayo de 2020, recurso de casación n.º 5617/2018, alude a las diferencias del caso enjuiciado en ella con el que dio lugar al recurso de casación n.º 2770/17, en estos términos:

"[...] SEGUNDO. - Sin embargo, como sostiene la recurrente, el presente caso presenta matices diferenciales respecto al contemplado en la sentencia antes referida de esta misma Sala pues la recurrente no es una entidad aseguradora, sino simplemente una sociedad titular de un hospital privado.

Efectivamente, el caso resuelto por la Sentencia núm. 170/2019 de 13 de febrero de 2019 si bien tiene similitud en determinados extremos con la cuestión objeto del presente recurso, en cuanto se trata de una liquidación girada por el Servicio Gallego de Salud por el importe de la asistencia prestada a un asegurado, no tiene que ver con el promovido por la recurrente en cuanto que la entidad frente a la que se gira dicha liquidación en la sentencia aludida es una entidad aseguradora, la "Unión de Artesanos Mutualidad de Previsión social a prima fija", cuyo régimen jurídico, obligaciones con el asegurado y normativa que las regula y afecta, es completamente diferente a la de los centros hospitalarios privados, que cuentan con un régimen jurídico, normativa y relación con los pacientes asistidos, radicalmente distinto.

En el caso a que se refiere la antedicha Sentencia de 13 de febrero de 2019 la recurrente era una entidad aseguradora que estaba unida al paciente por un previo vínculo contractual de aseguramiento

del que se derivan obligaciones: a la aseguradora la de prestar una asistencia sanitaria, y al asegurado la de abonar una prima por la que se le garantiza la prestación de las asistencias sanitarias contratadas; mientras que en el caso de mi representada (sic) mi poderdante no es ninguna entidad de seguros (es mera titular de un hospital privado) y como tal, no tenía ninguna relación contractual previa con el paciente que le obligue a prestar una asistencia integral al paciente, ni de asumir todas las prestaciones sanitarias en cada una de las especialidades a un paciente.

Como alega la recurrente, cuando un paciente, libremente, entra por la puerta de urgencias de un hospital privado, el Centro no está obligado por ley, ni se obliga contractualmente a prestar una asistencia integral en todas las especialidades al paciente, sino que presta únicamente una primera asistencia en urgencias, y en su caso, si fuera necesario, en las especialidades y con el equipamiento que libremente decida, anuncie en su cuadro de especialidades, y en todo caso, limitadas por la cartera de servicios, especialidades y unidades que tenga autorizada por la autoridad sanitaria (en la preceptiva Autorización Sanitaria de Funcionamiento) y por la propia decisión del paciente, puesto que en este particular sector (el sector hospitalario), no existe una obligación legal o reglamentaria ni contractual (a diferencia de las aseguradoras sanitarias) que obligue a prestar una asistencia integral en todas las especialidades. El Hospital privado no cobra prima alguna, como digo, por garantizar un servicio integral a los pacientes (a diferencia de las entidades aseguradoras), sino que únicamente factura las asistencias que realmente presta al mismo. En consecuencia, y a diferencia de las entidades aseguradoras, si el paciente tras recibir una primera asistencia en el servicio de urgencias del Hospital privado, finalmente es asistido por un especialista en un hospital público, el Centro Privado, nunca podrá obtener ingreso, prima, ventaja o ser beneficiado ningún tipo de enriquecimiento injusto, en tanto sólo facturará la asistencia prestada en el servicio de urgencias.

En consecuencia con lo anterior y a la pregunta formulada por el Auto de admisión del recurso,

Determinar si un hospital privado que deriva pacientes a un hospital público puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido que deriva del artículo 83 LGS, *desarrollado en el artículo 2.7 y en el Anexo IX RD 1030/2006, y de poder serlo bajo qué concretas condiciones, de modo que resulte posible girarle el precio público establecido para los servicios sanitarios prestados por el servicio de salud de la comunidad autónoma competente.*

Es precisamente este extremo el que reviste interés casacional, es decir, en concreto si un centro sanitario (hospital) privado, por su régimen jurídico específico y su relación con el paciente (con el que no suscribe un contrato de seguro de salud, ni recibe una prima a cambio de prestar una asistencia médica integral a diferencia de las entidades aseguradoras sanitarias), puede ser considerado como "tercero obligado al pago" de acuerdo con la normativa vigente.

Como sostiene la recurrente, la norma en vigor, que establece los casos concretos en los que se atribuye la condición de "tercero obligado al pago" (Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre) persigue la necesidad de no destinar fondos adscritos a la sanidad pública cuando las prestaciones sanitarias al paciente estén ya cubiertas por otros mecanismos, ya públicos o privados, es decir, cuando deban ser asumidas por aquellas entidades que tienen la obligación legal o contractual de hacerlo.

En el supuesto de la entidades aseguradoras, en sus dos modalidades: a) emisoras de pólizas por seguros de suscripción obligatoria (de vehículos a motor, viajeros, etc.) considerados como "terceros obligados" en los apartados 4 a) b) c) y d) del Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, o b) Aseguradoras de salud emisoras de pólizas seguros de asistencia sanitaria, respecto de sus asegurados, Sentencia de 13 de febrero de 2019 referenciada, como "tercero obligado al pago", invocando el apartado 7 del Anexo IX (Otros obligados al pago), puesto que en ese caso existe un contrato entre asegurador y asegurado que puede obligar, según las condiciones de la póliza, a prestar

una asistencia integral al asegurado, incluyendo el transporte sanitario, y por la cual se beneficia y cobra la correspondiente prima.

En esos casos (aseguradoras de salud), si los pacientes deciden su traslado a un hospital público, esas entidades podrían considerarse que si estarían utilizando un recurso público para llevar a cabo una obligación legal o contractual que tienen asumida y, por lo tanto, sin soportar los costes de mantener esos medios necesarios. Es precisamente en estas situaciones donde la norma encuentra su finalidad y sentido, y es la propia lógica del sistema de terceros obligados la que exige que esas prestaciones sanitarias sean asumidas precisamente por quien tiene asumida la obligación legal o contractual de prestarlas (Aseguradoras o Mutualidades etc.).

Sin embargo, comparte la Sala el criterio de la recurrente de que esta previsión legal en ningún caso puede extrapolarse al supuesto de los hospitales privados, que no tienen ninguna obligación legal, reglamentaria ni contractual de asumir todas las prestaciones sanitarias a un paciente a cambio de una prima, sino las que libremente decida el hospital y en todo caso limitadas por la cartera de servicios, especialidades y unidades que tenga autorizada por la autoridad sanitaria (en la preceptiva Autorización Sanitaria de Funcionamiento).

TERCERO.- Fijación de doctrina legal.

En consecuencia procede contestar a la pregunta formulada por la Sección:" Determinar si un hospital privado que deriva pacientes a un hospital público puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido que deriva del artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollado en el artículo 2.7 y 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 y el procedimiento para su actualización, y de poder serlo bajo qué concretas condiciones, de modo que resulte posible girarle el precio público establecido para los servicios sanitarios prestados por el servicio de salud de la comunidad autónoma competente", en el siguiente sentido:

Un hospital privado que deriva o facilita el traslado de pacientes a un hospital público no puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido que deriva del artículo 83 de la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollado en el artículo 2.7 y 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 y el procedimiento para su actualización, salvo en aquellas asistencias sanitarias prestadas por el Hospital Público cuya atención corresponda al Hospital privado conforme al convenio o concierto suscrito con la respectiva administración sanitaria [...]."

La misma doctrina jurisprudencial se contiene en la sentencia de 22 de junio de 2020, recurso de casación n.º 5646/2018. Por tanto, Clínica Parque S.A., conforme a las normas reguladoras del precio público, no es tercero obligado al pago, según hemos dicho.

Esto es, que según es jurisprudencia ya reiterada, un hospital privado que deriva o facilita el traslado de pacientes a un hospital público no puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido del artículo 83 de la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollado en el artículo 2.7 y 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 y el procedimiento para su actualización, salvo en aquellas asistencias sanitarias prestadas por el Hospital Público cuya atención corresponda al Hospital privado conforme al convenio o concierto suscrito con la respectiva administración sanitaria.

Ello determina la necesidad de declarar que ha lugar al recurso de casación y a casar y anular la sentencia de instancia, que ha interpretado incorrectamente las normas mencionadas, sin razonar

suficientemente sobre los motivos por los cuales la entidad sanitaria privada recurrente sería un tercero -en el sentido de sujeto de derecho diferente del paciente- obligado al pago del precio público, todo ello sin abordar la cuestión, no analizada, de la situación de urgencia vital que parece inherente al caso."

Consecuentemente, a la vista de lo expresado, procede estimar el recurso de casación y anular la sentencia de instancia y, en su lugar, estimar el recurso contencioso administrativo de Clínica Parque por cuanto, conforme a la referida jurisprudencia, no resulta posible considerar a dicha recurrente, tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria prestada a la paciente que acudió a sus instalaciones, en el sentido del artículo 83 de la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollado en el artículo 2.7 y 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 y el procedimiento para su actualización.

CUARTO. - Sobre las costas.

De conformidad con el artículo 93.4 LJCA no apreciándose mala fe o temeridad en ninguna de las partes no procede declaración de condena al pago de las costas causadas en este recurso de casación.

A tenor del artículo 139 LJCA, no ha lugar a la imposición de costas en el recurso contencioso-administrativo.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta Sala ha decidido

1.º) Fijar los criterios interpretativos expresados en el Fundamento de Derecho Tercero, por referencia a la doctrina expresada en las sentencias del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2020, rca. núm. 5617/2018 y de 10 de mayo de 2022, rca. núm. 7160/2020.

2.º) Estimar el recurso de casación núm. 7367/2020, interpuesto por la procuradora doña M.ª Milagros Mandillo Blánquez, en nombre de CLÍNICA PARQUE, S.A., contra la sentencia de 27 de abril de 2020 de la Sala de lo Contencioso- Administrativo, con sede en Santa Cruz de Tenerife, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, en el recurso núm. 225/2019, relativo a liquidaciones de precios públicos girados por la asistencia sanitaria recibida por paciente derivada desde Clínica Parque, S.A. al HOSPITAL000.

3.º) Estimar el recurso contencioso-administrativo núm. 225/2019, interpuesto por Clínica Parque, S.A. contra la resolución de la Junta Económico-Administrativa de Canarias de 25 de julio 2019, en la reclamación económico administrativa 2018/390, y, en su virtud, anular la citada resolución revisora y la liquidación/factura NUM000, girada en concepto de precio público de cuantía 22.005,89 euros por asistencia sanitaria prestada a solicitud de facultativo de Clínica Parque, por tratarse de una prestación patrimonial contraria al ordenamiento jurídico.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.