

INFORME SOBRE LA POSIBILIDAD DE QUE EL MÉTODO LOVAAS PRESTADOS POR MEDIOS AJENOS O EXTERNOS SEA FINANCIADO POR LA SANIDAD PÚBLICA

I.-ANTECEDENTES

La cuestión planteada versa sobre la posibilidad que existe de reclamar a la Sanidad Pública el pago o financiación del llamado “Método Lovaas” prestado por medios ajenos o externos, como tratamiento dirigido a pacientes con síndrome autista.

El presente informe pretende exponer las vías posibles para reclamar a la Sanidad Pública el coste del dicho tratamiento. En este sentido entendemos que existen tres vías:

- (i) Derecho al reintegro de gastos médicos
- (ii) Solicitud previa de financiación del tratamiento
- (iii) Responsabilidad patrimonial de la Administración Pública

II.-DERECHO AL REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS: REQUISITOS

El artículo 102.3 del Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, de la LGSS, vigente a la fecha, establece que:

“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 aquél, y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”.

Por tanto, se podrá reclamar el reintegro de los gastos ocasionados por los servicios asistenciales distintos de los asignados, en los supuestos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, esto es, cuando la asistencia sanitaria resulte inaplazable de forma que cualquier aplazamiento supone un peligro para la vida o la integridad física del paciente. En este sentido, el hecho de que el tratamiento Lovaas tenga que realizarse en una edad aproximada de 42-48 meses, podría justificar esa urgencia. No obstante, entendemos que la consecución del reintegro de los gastos médicos no sería fácil de lograr pues la jurisprudencia ha matizado muy concretamente los supuestos en los que procede:

- (i) Cuando hay peligro para la vida. Este peligro debe haber impedido la utilización de los servicios médicos de la sanidad pública.
- (ii) Cuando hay un riesgo para la integridad de órganos importantes o para la integridad de la salud del paciente.
- (iii) Cuando se puede poner en peligro su curación definitiva
- (iv) Por ser el tratamiento propuesto por la Seguridad Social mucho más agresivo

Asimismo, no basta que el tratamiento alternativo sea simplemente beneficioso o mejore sus expectativas de vida, ni es aplicable a aquellos supuestos en los que la intervención no es apremiante ni imprescindible o cuando se trate de una prueba de diagnóstico. Tampoco se considera que se da la urgencia vital cuando se haya acudido a la medicina privada por indicación del facultativo de la Seguridad Social.

Sin embargo, se ha reconocido en algunas Sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia que procede el reintegro de los gastos en los supuestos de demora excesiva en el tratamiento, cuando hay una excesiva lista de espera o por carencia de instalaciones adecuadas, todo ello unido a la urgencia del tratamiento.

En los supuestos de internamiento psiquiátrico, es indispensable para el reintegro de los gastos que el paciente haya solicitado previamente a la Entidad Gestora la prestación, no siendo suficiente que el facultativo de los servicios sanitarios prescriba tal internamiento.

No obstante, procederá en todo caso el reembolso cuando se trate de un internamiento sin solución de continuidad, después de una anterior decisión de la Entidad Gestora autorizando el ingreso en una institución psiquiátrica privada, y de haber pagado otros reintegros derivados de ese mismo internamiento, en cuyo caso se entiende cumplido el trámite legal de condición inicial y procede su abono.

El derecho al reintegro comprende aquellos gastos ocasionados en el centro sanitario privado por la total atención tendente a restablecer la salud de quien se vio obligado a reclamar la ayuda de la medicina privada.

La solicitud de reintegro de gasto médicos debe constar de los siguiente documentos:

- (i) Instancia cumplimentada según model oficial
- (ii) Fotocopia de documentos de asistencia del titular del derecho
- (iii) Copia de la resolución judicial en aquellos supuestos que la asistencia sanitaria haya sido prestada por causa de un accidente en el que se presume la responsabilidad de terceros
- (iv) Documentos justificativos de los gastos efectuados, tales como recibos de honorarios de profesionales, facturas oficiales, recetas particulares selladas y facturadas por la oficina de farmacia. Todos estos documentos deben ser originales.

Tras dicha solicitud, el Instituto Nacional de la Seguridad Social o el Órgano competente de la Comunidad Autónoma a la que se le haya transferido competencias en materia de sanidad, dicta una resolución estimatoria o desestimatoria de la misma.. En caso de ser desestimatoria, podrá interponerse recurso en vía jurisdiccional social.

III.-SOLICITUD PREVIA DE FINANCIACIÓN DEL TRATAMIENTO

Hasta aquí se ha tratado la posibilidad de solicitar el reintegro de los gastos médicos una vez estos ya han sido satisfechos por el particular. Sin embargo, la Sentencia dictada por el Juzgado de lo Social número 1 de San Sebastián parece abrir una nueva vía a fin de que la financiación de determinados tratamientos, en este caso el llamado "Método Lovaas", pueda ser solicitada de forma previa a la realización del propio tratamiento.

El procedimiento a seguir sería el siguiente:

- (i) Instancia dirigida al organismo competente de la Comunidad Autónoma fundamentando la necesidad de financiación pública del tratamiento. Debería formularse una solicitud para cada afectado. Los fundamentos de dicha solicitud serían los expuestos en la citada sentencia, y que consisten básicamente en que el tratamiento ofertado por la sanidad pública no es el más adecuado al no ser un tratamiento de carácter terapéutico, intensivo, multidisciplinar y coordinado, elementos que sí concurren en el tratamiento "Lovaas", siendo éste más efectivo. En conclusión, que el tratamiento que cubre la sanidad pública no se adapta en la actualidad a las exigencias legales de constituir una prestación de asistencia sanitaria suficiente, de garantizar el derecho constitucional a la salud de acuerdo con los estándares técnicos o científicos actuales, y por tanto, no resulta adecuado a los objetivos de rehabilitación funcional y reinserción social perseguidos.
- (ii) Transcurrido un mes desde dicha solicitud sin que la Administración de sanidad competente a la que se hubiera requerido no resolviera nada, o bien, habiéndose resuelto se hubiera desestimado, se instaría lo que en Derecho se denomina reclamación previa a la vía judicial, insistiendo en la necesidad de financiación del tratamiento, en base a las mismas fundamentaciones jurídicas.
- (iii) En caso de que la resolución que resolviera la reclamación previa a la vía judicial desestimara igualmente la petición solicitada, se debería instar demanda judicial, ante el Juzgado de lo Social correspondiente.

IV.-REINTEGRO POR DENEGACIÓN DE LA ASISTENCIA DEBIDA: RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

La presente vía consistiría en reclamar a la Administración Pública una indemnización por daños en caso de que se denegara injustificadamente la asistencia debida. Para hacer efectivo dicho reintegro se debería acudir a un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, inicialmente por vía administrativa, procedimiento regulado específicamente en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en caso de desestimarse por vía administrativa, se debería acudir a la jurisdicción contencioso-administrativa.

Esta vía resulta más complicada que las anteriores ya que requeriría la concurrencia de ciertos requisitos.

En primer lugar, que la denegación injustificada de asistencia debida hubiera creado un daño efectivo. Por tanto debería demostrarse que lo no prestación del tratamiento Lovaas ha provocado un daño al paciente y que este daño es imputable a esa denegación injustificada de asistencia sanitaria debida.

También habría que probar que el hecho de que la Sanidad Pública no cubra ese determinado tratamiento supone una denegación injustificada de asistencia sanitaria debida pues habría que concretar la específica asistencia sanitaria que la Administración Pública está obligada a prestar. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 2001 dice que *“si bien las prestaciones médicas se rigen por el principio de cobertura íntegra, con las limitaciones o exclusiones establecidas en la ley, las prestaciones sanitarias se ven condicionadas por la universalización de las mismas y la escasez de medios financieros, de forma que se entiende que queda cubierta la obligación de la Seguridad Social de prestarlas cuando se ofrezca una asistencia sanitaria con las técnicas oficiales habituales”*.

Sin embargo, hay sentencias que consideran que la asistencia debida *“es aquélla que no desmerezca de la mejor que pueda obtenerse dentro de nuestras fronteras”*. Por tanto, de demostrarse que el tratamiento Lovaas se ofrece con normalidad por entidades privadas dentro del territorio español, probándose asimismo que las técnicas habituales de la Sanidad Pública tienen un nivel de eficacia inferior, podría entenderse que la prestación sanitaria no es la debida, y que en caso de crearse un daño por la denegación del tratamiento por el organismo público, podría resultar obligada a indemnizarlo.