

CEF.-

**Revista práctica del
Derecho CEFLegal.-**



www.civil-mercantil.com

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MADRID

Sentencia 284/2014, de 28 de mayo de 2014

Sala de lo Contencioso-Administrativo (Sección 8.ª)

Rec. n.º 1469/2012

SUMARIO:

Asistencia sanitaria. Funcionarios. Reintegro gastos médicos. Entidad médica concertada. Apreciación de las alternativas farmacéuticas. Intervención en Centro Médico ajeno al concertado. Nos encontramos ante una Sentencia que confirma una resolución administrativa adoptada por el Ministerio de Defensa que obliga a una entidad medica concertada por un funcionario, a reintegrarle los gastos médicos facturados por la asistencia sanitaria que recibió su hijo en un centro privado. Y es que resulta acreditado que la aseguradora no ofreció asistencia válida y adecuada a la patología, pues no solo denegó la evaluación en una Unidad Especial de Epilepsia que prescribió su propio especialista sino que mostró una actitud dilatoria, hasta el punto de que la Resolución de la Comisión Mixta Nacional ISFAS-entidad concretada acordando la asignación de todos los medios precisos, se dictó y notificó extemporáneamente cuando el niño ya había sido operado. La actuación de los padres está plenamente justificada y sus actos plenamente ajustados a derecho.

PRECEPTOS:

RD 1726/2007 (Rgto. General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas), art. 62.
RDLeg. 1/2000 (TR Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas), art. 14.

PONENTE:

Don Francisco Javier González Gragera.

Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Sala de lo Contencioso-Administrativo

Sección Octava

C/ General Castaños, 1 - 28004

33009710

NIG: 28.079.00.3-2012/0010438

Procedimiento Ordinario 1469/2012 C - 02

RECURSO 1469/2012



www.civil-mercantil.com

SENTENCIA

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MADRID

SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO

SECCION OCTAVA

Ilmos. Sres.:

Presidente

Doña Amparo Guilló Sánchez Galiano

Magistrados

Doña Emilia Teresa Díaz Fernández

Doña María Jesús Vegas Torres

D. Francisco Javier González Gragera

En la Villa de Madrid, a 28 de mayo de 2014.

Vistos por la Sala constituida por los Señores referenciados al margen, de este Tribunal Superior de Justicia, los autos del recurso contencioso-administrativo número 1469/2012, interpuesto por el Procurador de los Tribunales Don Antonio Miguel Ángel Araque Almendros, en nombre y representación de ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A., contra resolución de la Subsecretaría de Defensa, de 4 de julio de 2012, por la cual se desestima el recurso de alzada interpuesto frente a la resolución, de 13 de diciembre de 2011, del ISFAS, por la que se resuelve que corresponde a ASISA asumir el abono de los gastos facturados por la asistencia prestada al hijo de D. Jose Enrique , en el Instituto de Neurología del Centro Médico Teknon, cuyo importe asciende a 68.114,26 euros.

Ha sido parte demandada la Administración General del Estado, representada y defendida por su Abogacía.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

Por la representación procesal del recurrente se interpuso el presente recurso y, después de cumplidos los trámites preceptivos, formalizó la demanda que basaba sustancialmente en los hechos contenidos en el expediente administrativo, citó los fundamentos de derecho que estimó aplicables al caso y concluyó con la súplica de que en su



www.civil-mercantil.com

día y, previos los trámites legales, se dicte sentencia conforme a lo solicitado en el suplico de la demanda.

Segundo.

Dado traslado de la demanda al Sr. Abogado del Estado, para su contestación, lo hizo admitiendo los hechos de la misma, en cuanto se deducen del expediente y documentación aportada, alegó en derecho lo que consideró oportuno, y solicitó la confirmación en todos sus extremos del acuerdo recurrido.

Tercero.

Que, una vez ultimada la fase de prueba con el resultado que obra en autos y, no estimándose necesaria la celebración de vista pública, se señaló para la votación y fallo del presente recurso el día 27 de mayo de 2014, fecha en que tuvo lugar.

Siendo Ponente el Ilmo. Sr. Magistrado Don Francisco Javier González Gragera.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.

Se promueve este recurso contencioso-administrativo por el Procurador de los Tribunales Don Antonio Miguel Ángel Araque Almendros, en nombre y representación de ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A., contra resolución de la Subsecretaría de Defensa, de 4 de julio de 2012, por la cual se desestima el recurso de alzada interpuesto frente a la resolución, de 13 de diciembre de 2011, del ISFAS, por la que se resuelve que corresponde a ASISA asumir el abono de los gastos facturados por la asistencia prestada al hijo de Jose Enrique , en el Instituto de Neurología del Centro Médico Teknon, cuyo importe asciende a 68.114,26 euros.

Los hechos que han dado origen a los actos impugnados, son los que se exponen a continuación, según se deducen del informe que acompaña al acto impugnado.

Segundo.

Don Marco Antonio , hijo del titular, Don Jose Enrique , presentaba epilepsia refractaria al tratamiento farmacológico por lo que un especialista del Catálogo de ASISA indicó su valoración en una Unidad especial de epilepsia, prestación que fue denegada por ASISA mediante escrito de fecha 1 de junio de 2010, si bien, la Comisión Nacional, en reunión del día 17 de septiembre de 2010 acordó que por ASISA debían asignarse los medios precisos para la valoración del paciente y, en su caso, llevar a cabo el procedimiento terapéutico que se considerase más adecuado, incluyendo la realización de técnicas invasivas, en aplicación de la cláusula 4.2.1 del concierto, sobre supuestos denegación injustificada de asistencia, dictándose resolución de 7 de octubre de 2010, de conformidad con el citado acuerdo.

No obstante, durante la tramitación del procedimiento administrativo, el titular ante la grave situación del paciente consultó con la Unidad de Epilepsia del Centro Médico Teknon de Barcelona, donde ingresó el día 28 de septiembre de 2010 para tratamiento quirúrgico por epilepsia refractaria, siendo reintervenido el día 6 de octubre de 2011, sin que pudiera tener



www.civil-mercantil.com

efecto la citada resolución de 7 de octubre de 2010, de la que el afiliado tuvo conocimiento cuando ya había terminado el tratamiento. Posteriormente, el titular solicitó en ASISA los gastos facturados por la asistencia de su hijo en el Instituto de Neurología, lo cual le fue denegado por la entidad.

Presentada reclamación por el interesado, el asunto fue estudiado por la Comisión Mixta Nacional en reunión celebrada el día 17 de noviembre de 2011, sin que se alcanzara acuerdo entre las partes dictándose resolución de fecha 13 de diciembre de 2011, por la que se resuelve el abono de los gastos por parte de la entidad de los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada al beneficiario en el Instituto Teknon.

Contra dicha resolución interpone la entidad aseguradora, en tiempo y forma, recurso de alzada ante el Excmo. Sr. Ministro de Defensa, por el que solicita la nulidad de la misma sobre el abono de los gastos por la asistencia sanitaria prestada en la Clínica Médica Teknon durante el mencionado período argumentando entre otros no haber lugar a la denegación injustificada de asistencia.

Consta en el expediente que, a 25 de enero del actual, se evacuó traslado del recurso presentado al afiliado afectado, para que en el plazo de quince días formulase las alegaciones que estimara convenientes, no habiéndose recibido alegación alguna hasta la fecha.

Tercero.

La Subdirección de Prestaciones emite informe desfavorable sobre el asunto, al considerar que, según se refleja en la documentación incorporada al expediente, la asistencia al paciente de 2 años de edad se llevó a cabo debido a que la epilepsia presentada era resistente al tratamiento con fármacos requiriendo un tratamiento quirúrgico guiado por neuroimagen, que tiene carácter preferente ante el riesgo de secuelas asociadas a episodios convulsivos, destacándose que la enfermedad tiene carácter connatal, debido a displasia cortical) del lóbulo temporal derecho, concluyendo que precisaba de una atención superespecializada en el ámbito de la Neurocirugía por un proceso de resolución urgente debido a la repetición casi diaria de las crisis que impedían el desarrollo madurativo cerebral. Añade además que el procedimiento neuroquirúrgico de la epilepsia se practica en centros del Sistema Nacional de Salud y se destaca la inoperancia de los medios empleados anteriormente a la asistencia que le fue prestada al beneficiario por el centro médico Teknon (Barcelona) que justifican su ingreso en dicho centro, que fue además el indicado por un facultativo de la Entidad.

En este sentido se hace constar que obra en el expediente informe de especialista en neurología en el que se pone de manifiesto que el beneficiario presentaba epilepsia catastrófica con crisis diarias que impedían su desarrollo madurativo cerebral, por lo que se había indicado terapia adecuada como paso previo al tratamiento neuroquirúrgico, sin que existiese otra alternativa terapéutica, pese a lo cual ASISA denegó la cobertura del tratamiento propuesto, sin ofrecer una alternativa asistencial con sus medios.

(.....)

El presente caso ha de enjuiciarse a tenor de lo dispuesto en el art. 62 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por el Real Decreto 1726/07, de 21 de diciembre. Asimismo, resultan de aplicación las disposiciones del Concierto ISFAS/ENTIDADES vigente en el instante reseñado.

El art. 62 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas dispone que cuando el beneficiario utilice servicios sanitarios distintos, de los que le han sido asignados, no se generará derecho alguno al abono de los gastos que puedan ocasionarse,



www.civil-mercantil.com

excepto en los casos de denegación de asistencia y en los que concurra una urgencia de carácter vital.

La Cláusula 4.1 del citado Concierto dispone que (...) "cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios ajenos a la Entidad deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital", únicos supuestos que, además de la concurrencia de circunstancias excepcionales, justificarían la utilización de servicios distintos a los asignados, conforme se recoge en el artículo 62 de ¡ citado Reglamento.

De conformidad con lo que se establece en el precepto reseñado, la urgencia vital debe ser calificada en cada supuesto concreto, debiendo tratarse de una situación objetiva de riesgo, que se produce de modo súbito e imprevisible, caracterizada por la nota de perentoriedad, que implica la imposibilidad de utilizar los servicios asignados, cuando la tardanza en obtener su asistencia ponga en peligro la vida o curación del enfermo.

Por otra parte, la cláusula 4.2.1 del Concierto entre ISFAS/ENTIDADES, estipula que los supuestos en los que viene a producirse denegación injustificada de asistencia distinguiéndose entre otros, cuando un facultativo de la entidad prescribe por escrito la necesidad de acudir a facultativo o centro no concertado y, dentro de los diez días siguientes, la entidad no autoriza o bien ofrece una solución asistencial con sus medios. Igualmente, viene a producirse denegación injustificada si el facultativo de la entidad prescribe con exposición de las causas médicas que los justifican la necesidad de acudir a facultativo o centro no concertado, presentando el beneficiario la citada prescripción en la entidad, con el fin de autorizar la remisión a facultativo o centro no concertados, o bien ofrezca alternativa asistencial con sus medios, que lógicamente, será válida y, adecuada a la situación médica planteada.

De conformidad con lo señalado, y con el informe técnico emitido por la Subdirección General de Prestaciones, correspondería a ASISA asumir el reintegro de los gastos que se reclaman, habida cuenta que el beneficiario padecía una patología para la que le fue indicado un tratamiento para el que no existe otra alternativa terapéutica y cuya cobertura fue denegada inicialmente por la entidad, sin ofrecer alternativa asistencial .- Con sus medios, de conformidad con lo previsto en la cláusula mencionada, a lo que hay -que añadir otras circunstancias que amparan este criterio, como la inoperancia de los medios sanitarios empleados con anterioridad al ingreso de aquél en la Clínica Teknon, que el procedimiento neuroquirúrgico de la epilepsia está cubierto en los centros del Sistema Nacional de Salud y que dicho tratamiento fue prescrito por un facultativo del Catálogo de Servicios de ASISA.

En su virtud, esta Subdirección General de Recursos e Información Administrativa propone,

DESESTIMAR, de acuerdo con el informe de la Asesoría Jurídica General, el recurso de alzada interpuesto por DON ANDRÉS RODRÍGUEZ- VILLA MATONS, en nombre y representación de la Entidad ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.

Contra dicho acto promovió recurso contencioso-administrativo.

Segundo.

- La parte actora solicita la anulación de la resolución recurrida y que se declare que corresponde al interesado asumir los gastos ocasionados por la asistencia médica prestada, y que se declare que ASISA no está obligada a su reintegro.

Considera que debe partirse de que la Secretaria General Gerente del ISFAS dictó con resolución de fecha 7-10-2010 en la que se establecía que por ASISA deberán asignarse



www.civil-mercantil.com

servicios especializados que dispongan de los medios precisos para la valoración del cuadro que pudiese el hijo del afiliado y, en su caso, llevar a cabo el procedimiento terapéutico que se considere más adecuado.

Ello provoca que las resoluciones que aquí se impugnan sean nulas de pleno derecho, de conformidad con el artículo 62.1.e) de la L.P.A. y RJA.E por cuanto que las mismas dejan sin efecto un acto administrativo anterior que es firme sin haber seguido el procedimiento de declaración de lesividad del dictado con fecha 7-10-2010, que establecía que ASISA debía ofrecer a través de sus medios la asistencia sanitaria necesaria al hijo del mutualista.

Considera que, para poder concluir si procede o no la devolución de los gastos solicitada, es preciso determinar si existía o no urgencia vital, como parámetro que recoge la norma para determinar la existencia del derecho al reintegro, si el centro médico fue razonablemente elegido, y si hubo o no denegación injustificada de asistencia por parte de la entidad aseguradora, esto es, si la prestación de asistencia al mutualista se realizó por una situación de urgencia vital -concepto distinto al de gravedad-, si el servicio médico fue razonablemente elegido, o si hubo denegación de asistencia por parte de la entidad aseguradora.

Afirma que la resolución que se impugna, como ya hemos dicho, considera que hubo denegación injustificada de asistencia por cuanto que habiéndose solicitado por un facultativo de la entidad la necesidad de acudir a un centro no concertado, ASISA no había ofrecido una solución asistencial con sus medios, y considera que se trata de una premisa incierta como se desprende de la documentación obrante en el expediente administrativo, así como tampoco puede decirse que ASISA no contase con los medios previstos en el convenio de asistencia.

Con independencia de ello, al no exigir el Concierto que las entidades cuenten con dicha Unidad específica, el apartado B) indica que el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente: en su caso es el de Las Palmas, pero no autoriza a que se traslade a un centro de distinto nivel asistencial y geográfico como ha sucedido en el presente caso que se ha trasladado a la Clínica TEKNON.

Tampoco encuentra la parte actora que los hechos puedan subsumirse en el apartado C) de la indicada cláusula del Concierto ya que la prescripción del facultativo concertado no indica que deba dirigirse al Centro Médico TEKNON, por lo que, al no haberse utilizado los medios especificados en la prescripción (por no contener la misma, ninguna referencia concreta) no puede decirse que tenga derecho al reintegro de los gastos ocasionados en el Centro especificado en la prescripción, ya que no existió tal especificación.

Por último, tampoco, considera el supuesto encuadrable en el apartado D) del Concierto ya que, en ningún momento, se ha cuestionado, ni la resolución recurrida hace referencia a que hubiese habido remisión desde un centro donde se estuviese recibiendo asistencia a otro ajeno a ASISA. Es más, en el informe de alta de 20 de mayo de 2010 se aconseja que permanezca ingresado y no se efectúe el traslado al centro concertado, de Madrid.

El Abogado del Estado se opone a tales pretensiones alegando que el interesado debería haber sido emplazado como codemandado puesto que el recurso contencioso-administrativo puede tener consecuencias gravosas sobre su patrimonio, y que por otra parte considera acreditado que la entidad no ha cumplido con su obligación de asistencia efectiva, y que la resolución administrativa de ISFAS de 13.12.11 no pudo llevarse a efecto al haberse dictado después de haberse realizado la intervención quirúrgica del menor.

Tercero.

Para resolver este litigio, debe comenzarse por citar la normativa aplicable, constituida por el artículo 14 del Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, por el que se aprueba el



www.civil-mercantil.com

Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, establece que el ISFAS hará efectiva la prestación de asistencia sanitaria mediante los servicios facultativos, auxiliares y técnico-sanitarios y de hospitalización, propios de este Régimen especial de Seguridad Social. A tal fin concertará, primordialmente, con la sanidad militar, y con los que sean precisos con la Seguridad Social y con los de otras instituciones públicas y privadas, en la forma y condición que reglamentariamente se determinen.

El artículo 62 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por el Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre, dispone que cuando el beneficiario utilice servicios sanitarios distintos de los que le han sido asignados, no se generará derecho alguno al abono de los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los supuestos de denegación de asistencia y en aquellos en los que concurra una urgencia de carácter vital.

El vigente concierto suscrito por el ISFAS con ASISA para la prestación de asistencia sanitaria a sus asegurados y beneficiarios que opten por recibirla a través de los medios de ésta, publicado por Resolución de 10 de diciembre de 2009, establece en su cláusula 4.1 que cuando un asegurado, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios ajenos a la Entidad, deberá abonar sin derecho a reintegro los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación de asistencia o en los de urgencia de carácter vital, supuestos que justificarían la utilización de servicios distintos a los asignados, conforme el artículo 62 del citado Reglamento.

La cláusula 4.2.1 recoge que se produce denegación injustificada de asistencia entre otros supuestos, cuando un facultativo de la Entidad prescriba por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de acudir a un facultativo o Centro Médico no concertado, y dentro de los diez días siguientes la Entidad no hubiera autorizado la atención por los medios indicados o bien no hubiera ofrecido una solución asistencial con sus medios.

Por su parte, la cláusula 2.1.2 del citado concierto contempla que cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento constituirá medio obligatorio para la Entidad cuando la misma se aplique en alguno de los centros propios o concertados de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, dándose la circunstancia de que la técnica quirúrgica para la resolución de la epilepsia refractaria se realiza en centros de referencia del Sistema Nacional de Salud.

Cuarto.

En este caso, puede comprobarse del expediente administrativo, que Marco Antonio, de 22 meses de edad, presentaba epilepsia refractaria al tratamiento farmacológico, por lo que un especialista del Catálogo de servicios de Asisa, dada la mala evolución del paciente, indicó la necesidad de ser valorado en una Unidad Especial de Epilepsia, que era un tipo de unidad de la que carecía el Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria en el que estaba siendo tratado, prestación que fue denegada por Asisa mediante escrito de 1 de junio de 2010, ofertando exclusivamente facultativos de la especialidad de neurología. Tal y como consta en el documento obrante en la página 5 del expediente administrativo, ASISA no consideraba obligado remitir al paciente a una Unidad Específica de Epilepsia, pese a la prescripción de su facultativo, considerando que su compromiso de atención médica estaba suficientemente cumplido con la que se le estaba prestando en dicho Hospital Materno Infantil.

Con fecha 30 de julio de 2010, Asisa contesta a la solicitud de intervención quirúrgica del hijo del Sr. Jose Enrique, señalándole que el caso se encuentra en trámite de Comisión Mixta con el ISFAS, y que por lo tanto, las solicitudes que se realicen en relación con el mismo están supeditadas a la resolución de tal Comisión.



www.civil-mercantil.com

La Comisión Mixta Nacional, acordó que por ASISA debían asignarse los medios precisos para la valoración del paciente, y en su caso, llevar a cabo el procedimiento terapéutico que se considere más adecuado, incluyendo la realización de técnicas invasivas, en aplicación de la cláusula 4.2.1 del concierto, dictándose resolución en este sentido de 7 de octubre de 2010.

De lo antedicho se deduce que el tratamiento recibido por el paciente, tanto en el Centro Neurológico Antonio Barrio, como en el Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, no era el adecuado a su patología, siendo preciso que fuera valorado en una Unidad Especial de Epilepsia, a juicio del propio especialista de ASISA. Pese a tal prescripción del especialista, consta que ASISA no prestó tal asistencia ni ofreció tampoco la posibilidad de intervención quirúrgica, no siendo hasta el 7 de octubre de 2010 que la Comisión Mixta Nacional resuelve que ASISA debe asignar los medios precisos para la valoración y tratamiento del paciente.

Sin embargo, antes de tal resolución de la Comisión Mixta Nacional, de 7 de octubre de 2010, dada la gravedad del pequeño Marco Antonio y ante las dilaciones o negativas de la entidad aseguradora, consta que sus padres consultaron con la Unidad de Epilepsia del Centro Médico Teknon de Barcelona, donde ingresó el día 28 de septiembre de 2010 para tratamiento quirúrgico por epilepsia refractaria, siendo intervenido por primera vez el día 29 de septiembre y por segunda el día 6 de octubre de 2010, esto es, un día antes de la citada resolución de la Comisión Mixta Nacional, de la cual los padres del bebé tuvieron conocimiento una vez había sido intervenido quirúrgicamente en el Centro Médico Teknon de Barcelona, por lo que evidentemente tal resolución resultaba ya de imposible cumplimiento puesto que se refería a una situación que había quedado superada por la realidad.

Por lo tanto, en el supuesto puede considerarse acreditado que la asistencia sanitaria ofrecida por ASISA en centro médico no concertado, -el Centro Antonio Barrio y el Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria-, no podían considerarse alternativas válidas para el tratamiento de la dolencia del menor, cuya situación, lejos de remitir, se había agravado. Al efecto, destacar el informe médico del facultativo de ASISA que lo asistió donde se deja constancia de la necesidad de ser atendido en una Unidad Especial de Epilepsia, y la necesidad de una intervención quirúrgica como única alternativa terapéutica para la dolencia que presentaba el menor, tal y como recoge el informe del Dr. Pablo , del Centro Médico Teknon, (que figura en la página 15 del expediente administrativo), donde se deja constancia de que el paciente presenta una epilepsia catastrófica con crisis diarias que impiden su desarrollo madurativo cerebral, por lo que se indicaba terapia con electrodos profundos y neuronavegación como paso previo al tratamiento neuroquirúrgico.

El niño padecía, pues, una dolencia que requería un tratamiento especializado en una Unidad Especial de Epilepsia, tal y como prescribió el facultativo de ASISA, y una intervención quirúrgica como única alternativa terapéutica, tal y como indicó el facultativo de tal Unidad Especial de Epilepsia, y que fue denegada por ASISA.

En agosto de 2011, el Sr. Jose Enrique solicitó a ASISA el reembolso de los gastos médicos por la intervención quirúrgica de su hijo en el Centro Médico Teknon, que ascendían a 68.114,26 euros, petición que fue denegada por ASISA.

El asunto fue estudiado por la Comisión Mixta Nacional ISFAS/ASISA, en reunión celebrada el día 17 de noviembre de 2011, sin que se llegara a un acuerdo.

Quinto.

La primera alegación de la parte actora es que la resolución de fecha 7-10-2010 ha sido dejada sin efecto sin haber seguido el procedimiento de declaración de lesividad del



www.civil-mercantil.com

dictado con fecha 7-10-2010, que establecía que ASISA debía ofrecer a través de sus medios la asistencia sanitaria necesaria al hijo del mutualista.

Sin embargo, ya se ha dicho que tal acto, en la fecha en que fue dictado y notificado, operaba sobre una realidad fáctica que ya había dejado de existir puesto que el menor ya había sido operado dos veces y con ello se había encauzado definitivamente el problema que padecía. En consecuencia, era un acto nulidad de pleno derecho por aplicación del artículo 62.1.c) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que determina ese vicio de nulidad para los actos "de contenido imposible".

Por otro lado, se halla acreditado que ASISA mostró una actuación dilatoria o inactiva respecto de las prescripciones formuladas por su propio especialista sobre que el menor debía ser atendido, ante la gravedad de su diagnóstico, en una Unidad Especial de Epilepsia.

Ello justifica plenamente la actuación de los padres del menor, y también sirve para confirmar los argumentos de la resolución del ISFAS de 13 de diciembre de 2011, que resuelve que corresponde a ASISA el abono de los gastos facturados por la asistencia del menor en el Centro Médico Teknon, al no haber ofrecido ASISA medios para el tratamiento quirúrgico indicado al menor, sin que hubiese otra alternativa terapéutica que la quirúrgica para la patología que presentaba.

Esta resolución fue confirmada en alzada y, conforme a lo antedicho, tales actos resultan plenamente ajustados a la legalidad al no haber ofrecido ASISA una alternativa asistencial válida y adecuada a la patología que presentaba el bebé, denegando tanto la evaluación en una Unidad Especial de Epilepsia, como la intervención quirúrgica, con medios y técnicas que se ofertan en el Sistema Nacional de Salud, no siendo hasta el 5 de octubre de 2010, tras meses de peticiones de los padres y negativas por parte de ASISA, cuando la entidad aseguradora accede a la posibilidad de intervención quirúrgica, en el Hospital Niño Jesús o en el Hospital San Juan de Dios, momento en el que el pequeño ya había sido intervenido por primera vez en la Clínica Teknon y se encontraba, de acuerdo con el relato de su padre, con 24 cables en su cabeza y pendiente de una segunda operación programada para el día siguiente, en definitiva, en un momento que ya era extemporáneo e inadecuado para replantear el tratamiento médico del paciente, que hubo de ser prestado en un clínica ajena a ASISA precisamente para superar la situación creada por la propia entidad, debiendo confirmarse plenamente los argumentos expresados en el acto administrativo combatido.

En consecuencia, el recurso contencioso-administrativo debe desestimarse por entenderse que el acto administrativo impugnado es conforme a Derecho.

Sexto.

Se condena al recurrente al pago de las costas procesales en aplicación del artículo 139.1 de la Ley reguladora de esta Jurisdicción .

VISTOS .- Los preceptos citados, concordantes y demás de general y pertinente aplicación.

FALLAMOS

Que debemos DESESTIMAR el recurso contencioso administrativo interpuesto por el Procurador de los Tribunales Don Antonio Miguel Ángel Araque Almendros, en nombre y representación de ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A., contra

CEF.-

**Revista práctica del
Derecho CEFLegal.-**



www.civil-mercantil.com

resolución de la Subsecretaría de Defensa, de 4 de julio de 2012, por la cual se desestima el recurso de alzada interpuesto frente a la resolución, de 13 de diciembre de 2011, del ISFAS, por la que se resuelve que corresponde a ASISA asumir el abono de los gastos facturados por la asistencia prestada al hijo de D. Jose Enrique , en el Instituto de Neurología del Centro Médico Teknon, cuyo importe asciende a 68.114,26 euros, declarando ajustada a Derecho la resolución recurrida. Se condena al recurrente al pago de las costas procesales.

Notifíquese esta resolución conforme dispone el artículo 248 de la Ley Orgánica del Poder Judicial , expresando que contra la misma no cabe recurso.

Así por esta nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el Magistrado Ponente, estando la Sala celebrando audiencia pública, de lo que como Secretario certifico.

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). La Editorial CEF, respetando lo anterior, introduce sus propios marcadores, traza vínculos a otros documentos y hace agregaciones análogas percibiéndose con claridad que estos elementos no forman parte de la información original remitida por el CENDOJ.