

REEMBOLSO DE GASTOS EN LOS SUPUESTOS DE
IMPOSIBILIDAD DE ACCESO A LA REPRODUCCIÓN
ASISTIDA EN CENTROS PÚBLICOS

*REIMBURSEMENT OF EXPENSES IN CASES OF IMPOSSIBILITY OF
ACCESS TO ASSISTED REPRODUCTION IN PUBLIC CENTERS*

Actualidad Jurídica Iberoamericana N° 20, febrero 2024, ISSN: 2386-4567, pp. 936-955

Almudena
CARRIÓN
VIDAL

ARTÍCULO RECIBIDO: 23 de noviembre de 2023

ARTÍCULO APROBADO: 12 de enero de 2024

RESUMEN: En este artículo se trata de analizar en qué casos cabe el reembolso de los gastos sanitarios ocasionados por las técnicas de reproducción asistida cuando ante la imposibilidad de acceso a las mismas en los centros públicos se acude a la sanidad privada para llevar a cabo el deseo de ser madre. En estos supuestos el concepto de "urgencia vital" definido jurisprudencialmente y que examinaremos con detalle aparece como criterio determinante a efectos del reintegro siempre que concurran y se prueben los requisitos que esta exige.

PALABRAS CLAVE: Reembolso; gastos sanitarios; técnicas de reproducción asistida; urgencia vital.

ABSTRACT: *This article tries to analyze in which cases it is possible to reimburse the health expenses caused by assisted reproduction techniques when, faced with the impossibility of access to them in public centers, private health is used to carry out the desire to be a mother.*

KEY WORDS: *Reimbursement; health expenses; assisted reproduction techniques, vital urgency.*

SUMARIO.- I. PRELIMINAR.- II. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA HUMANA.-
I. Concepto de TRAH.- 2. Técnicas incluidas en la Reproducción Asistida.- III. USUARIOS DE LAS TRAH.- IV.- ¿SANIDAD PÚBLICA O PRIVADA PARA ACCEDER A ESTOS SERVICIOS?.- V. REQUISITOS PARA EL ACCESO A LAS TRAH EN CENTROS PÚBLICOS.- VI. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL POR EL DAÑO CAUSADO.- 1. Tipo de responsabilidad.- 2. Requisitos de la responsabilidad extracontractual.- VII. OMISIÓN ILÍCITA.- 1. Urgencia Vital.- 2. Parámetros que determinan la urgencia vital y la posibilidad de reembolso.- A) Asistencia urgente.- B) Asistencia inmediata.- 3. Imposibilidad de utilización adecuada de los servicios públicos de salud.- A) Lejanía del centro sanitario público.- B) Demora en la prestación del servicio sanitario público.- C) Medios que no pueden prestarse por los servicios públicos.- 4. Inexistencia de una utilización abusiva de los servicios privados.- VIII. PRINCIPIO GENERAL DE NO REEMBOLSO.

I. PRELIMINAR.

Actualmente el uso de las técnicas de reproducción asistida (TRAH) se encuentra en auge por varios factores entre los que destacan:

1. El retraso en la edad de la maternidad. Siguiendo los datos del INE las mujeres tienen como media su primer hijo a los 32.05 años, pero incluso hay quienes esperan un poco más (el 10, 2% de las mujeres que son madres en 2020 superan ya los 40 años)¹ lo que se debe tanto a factores económicos y laborales (bajos salarios y desempleo) como personales (mayores dificultades a la hora de encontrar pareja).

2. La influencia que ese retraso causa en la calidad de los óvulos: La reserva ovárica cae a partir de los 35 años y a la vez, esos óvulos que se producen pierden en calidad, de ahí que a partir de los 40 la posibilidad de tener un hijo de forma natural sea de sólo un 6%.

3. Esterilidad: problema cada vez más frecuente que se conecta con determinadas patologías. En las mujeres se debe fundamentalmente a la endometriosis y los ovarios poliquísticos y en los hombres a los trastorno hipotalámico y gónada.

4. Aumento de madres solteras y parejas lésbicas que acuden a estos medios para poder tener descendencia. Así, el art. 6.1 de la Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida² dispone que: "las mujeres podrán ser usuarias o receptoras de las técnicas reguladas en esta ley con independencia de su estado civil y orientación sexual".

¹ Instituto Nacional de Estadística (INE), 2020.

² Ley 14/2006 26 mayo de Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

• Almudena Carrión Vidal

Doctora en Derecho por la Universitat de València, Profesora-Tutora de Derecho Civil en UNED Valencia (Centro Tomás y Valiente). Correo electrónico: almudenacarrionvidal@hotmail.com

5. La ampliación de las técnicas de reproducción asistida: En un primer momento las TRAH se concebían únicamente con el fin de solucionar problemas de esterilidad, sin embargo, hoy en día se utilizan también para personas que quieren preservar su fertilidad o evitar la transmisión de enfermedades genéticas a sus descendientes.

6. El aumento de la tasa de éxito de las TRAH más demandadas: Así, lo refleja el IVI³ en sus datos: la eficacia de la Inseminación artificial (IA) es del 45,6%, la de la Fecundación in Vitro (FIV) del 64,6%, la de la Ovodonación del 83% y la del Diagnóstico Preimplantacional (PGT) del 71,2%⁴.

II. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA HUMANA.

I. Concepto de TRAH.

Se pueden definir como “el conjunto de técnicas o tratamientos médicos que facilitan el embarazo cuando este no se consigue de forma natural”⁵.

2. Técnicas incluidas en la Reproducción Asistida.

A diferencia de la primera Ley de Reproducción Asistida Humana (Ley 35/1988)⁶ que procedía a una enumeración en su art. I considerando como tales únicamente a la inseminación artificial (IA)⁷, la fecundación in vitro (FIV)⁸ y la transferencia intratubárica de gametos (TIG)⁹ siempre que se estén científica y clínicamente indicadas y se realicen en centros y establecimientos sanitarios y científicos autorizados y acreditados y por científicos especializados, la actual (Ley 14/2006) opta por un criterio abierto. De esta manera, y como dispone el art. 2 de dicha Ley “podrán incorporarse mediante Real Decreto del gobierno

3 IVI: Instituto Valenciano de Infertilidad.

4 <https://ivi.es/preguntas-frecuentes/tasas-de-exito/>

5 Reproducción Asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/>

6 Ley 35/1988 22 noviembre sobre Técnicas de Reproducción Asistida.

7 Inseminación artificial (IA): Consiste en introducir los espermatozoides en el tracto genital femenino, generalmente en el útero para que pueda producirse la fecundación en las trompas de Falopio. Reproducción Asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/>.

8 Fecundación in Vitro (FIV): Consiste en unir un óvulo y un espermatozoide en el laboratorio para crear un embrión que posteriormente se transferirá al útero de la mujer. Esta técnica goza de una mayor complejidad que la anterior. El semen utilizado en la FIV puede ser tanto de la pareja como de un donante, al igual que los óvulos para el caso de que la mujer no pueda usar los suyos (ovodonación). Por otro lado, en el caso de las parejas lesbianas se utiliza una técnica especial de FIV que se denomina “ método ROPA” consistente en utilizar los óvulos de una de las mujeres mientras que las transferencia de los embriones conseguidos se hará a la otra mujer, de modo que ambas participan en el proceso (una aporta el material genético y otra lleva a cabo el embarazo). Reproducción Asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/>.

9 Transferencia Intratubárica de Gametos (TIG): consiste en introducir los gametos (óvulos y espermatozoides) directamente en las trompas de Falopio mediante laparoscopia. Reproducción Asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/>.

y previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida aquellas técnicas experimentales que hayan demostrado, mediante experiencia suficiente reunir las condiciones de acreditación científica y clínica precisas para su aplicación generalizada” como el diagnóstico genético preimplantacional (DGP)¹⁰ que permite, tal y como ya adelanta el propio Preámbulo, “nuevas vías en la prevención de enfermedades genéticas que en la actualidad carecen de tratamiento y la posibilidad de seleccionar preembriones para que, en determinados casos y bajo el debido control y autorización administrativos, puedan servir de ayuda para salvar la vida del familiar enfermo”.

III. USUARIOS DE LAS TRAH.

Debido a que el uso de estas técnicas no solo afecta a la salud física sino también mental de la mujer receptora, para garantizar estos ámbitos la actual Ley 14/2006 en su art 6 siguiendo la pionera de 1988 fija una serie de requisitos a la mujer usuaria de estas técnicas: mayoría de edad, plena capacidad de obrar y consentimiento prestado por escrito de manera libre, consciente y expresa, si bien esta última (la de 2006) permite también el acceso a estas técnicas a madres solteras y mujeres lesbianas (“la mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta ley con independencia de su estado civil y orientación sexual”) cuyo número crece de forma exponencial y que con anterioridad veían cercenado su derecho a la maternidad.

La Ley establece un límite mínimo de edad (18) pero no uno máximo. Por lo que respecta al mínimo, la realidad demuestra que el sometimiento a las TRAH se produce con posterioridad a la mayoría de edad¹¹. Y en cuanto al máximo, a pesar de no existir una edad determinada, parece que los médicos suelen fijarla en los 50 años para evitar riesgos tanto para la vida de la madre como para el feto que aumentan a medida que se incrementa la edad de la mujer. Si bien, en todo caso todo ello debe probarse y justificarse, puesto que está en juego el derecho a la maternidad que en definitiva incide sobre el derecho al libre desarrollo. Como opina Serna Meroño¹²: “la edad límite, solo la puede imponer el legislador; pues es

10 Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP): Consiste en un estudio genético de los embriones durante el tratamiento, por lo que recibe también el nombre de “test genético preimplantacional”. Se extraen una o varias células del embrión (biopsia embrionaria) y después se analiza por si presenta alguna alteración cromosómica o mutación genética. Después se seleccionan los embriones sanos para transferirlos al útero de la mujer. Reproducción Asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/>.

11 SERNA MEROÑO, E., “Las técnicas de Reproducción Humana Asistida: Limitaciones para su práctica”, *Derecho Privado y Constitución*, 2012, núm. 26, p. 287: “En la práctica, es habitual que las usuarias de las técnicas sean mujeres que han sobrepasado con creces la mayoría de edad, pues suelen ser en edades más avanzadas cuando se inician los tratamientos de fertilización, en concreto en España la edad media está establecida en los 35 años”, “Las técnicas de Reproducción Humana Asistida: Limitaciones para su práctica”, *Derecho Privado y Constitución*, 2012, núm. 26, p. 287.

12 SERNA MEROÑO, E.: “Las técnicas”, cit., p.287: “Criterio que viene justificado sobre todo por una cuestión de efectividad de los procedimientos a seguir, ya que a medida que la edad de la mujer avanza es más difícil obtener éxito y lograr por estos medios el embarazo de la mujer”.

quien está legitimado para fijar restricciones a las posibilidades de actuación de la persona, en este caso, ser usuaria de técnicas de reproducción asistida, pues una prohibición, solo por cuestiones de edad, acaso podría interpretarse como una vulneración del libre desarrollo de la personalidad que tiene toda persona”.

IV. ¿SANIDAD PÚBLICA O PRIVADA PARA ACCEDER A ESTOS SERVICIOS?

Tanto la sanidad pública como la privada ofrecen a través de centros debidamente autorizados por la autoridad sanitaria correspondiente, la posibilidad de acudir a estas técnicas (art. 4 Ley 14/2006) si bien existen grandes diferencias marcadas por el número de centros que acogen estos servicios y por el coste económico.

A pesar de la gratuidad de estas técnicas por incluirse en la cartera de servicios del sistema público de salud, son muy pocos los hospitales que ofrecen este servicio, lo que genera de un lado, listas de espera de entre uno y dos años (salvo algunos casos excepcionales en los que se sitúa en 4 o seis meses, si se trata de una mujer con baja reserva ovárica, endometritis u otros casos graves) y de otro, el recurso a la sanidad privada como última opción para intentar hacer realidad el sueño de la maternidad.

El hándicap que plantean los centros privados es fundamentalmente el económico y aunque el coste depende del tipo de tratamiento se trata siempre de un desembolso importante para personas de pocos recursos¹³. A ello hay que sumar el coste de técnicas complementarias cuando hayan de realizarse como el análisis de embriones mediante el diagnóstico genético preimplantacional lo que incrementan aún más el gasto. No se puede fijar un presupuesto generalizado porque como hemos afirmado anteriormente, cada tratamiento es personalizado, se adapta a la mujer en cuestión y a sus circunstancias. De ahí, que en un principio pueda ser más económico y más tarde se encarezca si durante el proceso fuera necesario realizar ciertas pruebas que garanticen la eficacia de este y minimicen cualquier tipo de riesgo.

A todo lo anterior se une el aumento de casos de infertilidad (el 17.5% de los adultos padece este problema) como destaca un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que hace hincapié en la necesidad de tratar el problema y poner al alcance de todos los medios que sean necesarios¹⁴, de forma

13 La inseminación artificial (IA) puede costar entre 700-1.100€ y la fecundación in vitro (FIV) puede subir hasta los 3.500-5.500€. Reproducción Asistida ORG: <http://reproduccionasistida.org/> reproducción-asistida/.

14 “La esterilidad no hace distinciones. La enorme proporción de afectados evidencia la necesidad de ampliar el acceso a los tratamientos y de incluir la esterilidad en las políticas y los estudios sobre salud, de modo que las personas que lo deseen dispongan de vías seguras, eficaces y asequibles para tener hijos”, Organización

que se acabe con esa discriminación de cariz económico que lleva a las personas con menos recursos a invertir una buena parte de sus ingresos en tratamientos para paliar la infertilidad.

V. REQUISITOS PARA EL ACCESOS A LAS TRAH EN CENTROS PÚBLICOS.

El acceso a estas técnicas de reproducción asistida en centros públicos exige a las parejas o mujeres que en solitario quieren acceder a la maternidad el cumplimiento de una serie de condiciones que son las siguientes:

1. Tener más de 18 años y plena capacidad de obrar.
2. No ser la mujer mayor de 40 años, requisito que plantea algunos problemas, puesto que mientras en algunos centros la edad a tener en cuenta es aquella que se tiene en el momento de apuntarse a la lista de espera mientras en otros, esta viene referida al momento de comenzar el tratamiento.
3. Necesidad de que el índice de masa muscular de la mujer sea superior a 19 y menor de 32¹⁵ ya que, por ejemplo, las que sufren de obesidad presentan una baja tasa de gestación a consecuencia de los problemas que se derivan.
4. En caso de tener una pareja masculina el hombre no puede tener más de 55 años en el momento de comenzar el tratamiento.
5. Si es mujer soltera no puede tener hijos previos y si se trata de una pareja tampoco pueden tener hijos en común.
6. Es necesario que la mujer o el hombre no se hayan sometido a ninguna esterilización voluntaria (ligadura de trompas en el primer caso o vasectomía en el segundo).
7. No tener embriones congelados en ningún centro.

Con todo, su realización se subordina a otros requisitos relacionados con las posibilidades de éxito, la salud y la previa información sobre sus ventajas e inconvenientes. Así lo establece el art. 3 de la Ley 14/2006 que dispone expresamente que “se realizarán solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito, no supongan riesgo grave para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia y previa aceptación libre y consciente de su aplicación

Mundial de la Salud (OMS), Comunicado de Prensa, 4 abril, 2023: <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>

15 Según la OMS “el estado nutricional del ser humano es saludable cuando el IMC se encuentra entre 18,50 y 24,99”.

por parte de la mujer; que deberá haber sido anterior y debidamente informada de sus posibilidades de éxito, así como de sus riesgos y de las condiciones de dicha aplicación”. Respecto al contenido de esa información la citada Ley continúa disponiendo que “se extenderá a los aspectos biológicos, jurídicos y éticos de aquéllas, y deberá precisar igualmente la información relativa a las condiciones económicas del tratamiento”.

Pero ¿Qué ocurre con los hombres? ¿No tienen derecho a la paternidad en solitario? Esta pregunta es planteada por autores como Lasarte Álvarez quien afirma que “el hombre (en cuanto varón) tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad y a la paternidad y podría proporcionar al hijo todas las condiciones para su correcto desarrollo, en igualdad de condiciones que en el supuesto de la mujer sola. Si bien, entiende que, por obvias razones fisiológicas, necesitaría contar con una gestación por sustitución, con una madre sustituta”¹⁶ y ello no viene reconocido en nuestro ordenamiento jurídico.

La gestación por sustitución, también llamada maternidad subrogada se prohíbe expresamente por Ley 14/2006 cuyo art. 10.1 dispone expresamente “será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna en favor del contratante o de un tercero”. Esta nulidad implica a efectos legales que haya de considerarse como madre a la gestante y no a la biológica y así lo establece la propia Ley: “la filiación de los hijos nacidos por gestación por sustitución será determinada por el parto”. Para evitar esto, muchas parejas del mismo sexo acuden a países donde esta maternidad subrogada se admite y una vez producido el nacimiento lo inscriben en el Registro Consular como hijo suyo, si bien se trata de una práctica prohibida por contradecir la norma anterior¹⁷.

VI. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL POR EL DAÑO CAUSADO.

En numerosas ocasiones nuestros tribunales se han pronunciado sobre la posibilidad de reembolso a favor de la mujer que para ejercer su derecho a la

16 LASARTE ÁLVAREZ, C. y SAINZ-CANTERO, B.: “La reproducción Asistida”, en AA.VV: *Derecho de Familia. Principios de Derecho Civil V*, Marcial Pons, Madrid, 2022, p.292.

17 DE VERDA Y BEAMONTE, J. R.: “La filiación derivada del uso de las técnicas de reproducción asistida”, en AA.VV: *Derecho Civil IV (Derecho de Familia)* (coord. J.R. DE VERDA Y BEAMONTE), Tirant lo Blanch, 2023, p. 381, recoge la STS 6 febrero 2014 (Tol 4100882) que confirma “la cancelación de la inscripción de la filiación, que había sido realizada en el Registro Civil Consular de los Ángeles, con apoyo en una certificación registral californiana, en favor de dos varones, que habían acudido a la gestación por sustitución, por ir en contra del orden público español, no aceptándose que los avances en las técnicas de reproducción humana asistida vulneren la dignidad de la mujer gestante y del niño, mercantilizando la gestación y la filiación, ‘cosificando’ a la mujer gestante y al niño, permitiendo a determinados intermediarios realizar negocio con ellos, posibilitando la explotación del estado de necesidad en que se encuentran mujeres jóvenes en situación de pobreza y creando una especie de ‘ciudadanía censitaria’ en la que solo quienes disponen de elevados recursos económicos pueden establecer relaciones paterno-filiales vedadas a la mayoría de la población”.

maternidad y ante la negativa de la sanidad pública a conceder el acceso a las TRAH, han recurrido a la privada con el elevado coste económico que ello genera.

Pero, antes de determinar los requisitos necesarios para el reembolso es necesario determinar ante qué tipo de responsabilidad nos encontramos y cuáles son sus características.

I. Tipo de responsabilidad.

El daño causado a la mujer, consistente en esa denegación del acceso a las TRAH tiene su origen, sin lugar a duda, en una responsabilidad de carácter extracontractual dado que no existe ninguna relación contractual entre el centro sanitario y la demandante¹⁸, responsabilidad que se encuentra reconocida de modo expreso en el art. 1902 CC que establece textualmente “el que por acción u omisión cause daño a otro interviniendo culpa o negligencia está obligado a reparar el daño causado”.

2. Requisitos de la responsabilidad extracontractual.

El art. 1902 CC exige la concurrencia de una serie de requisitos para poder hablar de responsabilidad extracontractual. Son los siguientes:

a) Acción u omisión ilícita: En este caso la omisión de un *facere* consistente en la prestación de las técnicas de reproducción asistida y que la misma no esté justificada legalmente, es decir que se antijurídica.

b) Concurrencia de culpa o negligencia: Necesidad de que la sanidad pública no prevea, siéndole posible hacerlo, los daños que se derivan de la denegación de esas técnicas.

c) Existencia de un daño real y concreto: Daño manifestado en el elevado coste que exige el uso de estas técnicas de reproducción asistida en un centro privado.

d) Relación de causalidad entre la omisión ilícita y el daño ocasionado: Ese mayor desembolso económico por el uso de esas técnicas en la sanidad privada ha de venir originado por su denegación en la salud pública.

VII. OMISIÓN ILÍCITA.

De entre todos los requisitos el primero (omisión ilícita) es el que más problema plantea por su complejidad y sobre el que los Tribunales fundamentan sus fallos en

18 Siguiendo a CERVILLA GARZÓN, M.D.: “El menor como sujeto damnificado en la reproducción asistida humana”, *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, núm.13, 2020, p. 695: “No existe relación contractual sobre la que sustanciar una acción indemnizatoria”.

orden a determinar si procede o no el reembolso de los gastos ocasionados en los centros sanitarios privados por el acceso a las TRAH.

El RD 1030/2006 15 septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización dispone en su art. 4.3 lo siguiente: “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 aquél. 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 aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”.

De este art. 4.3 se desprende que para estar ante una omisión ilícita generadora de reembolso se han de cumplir cuatro requisitos: urgencia vital, asistencia urgente e inmediata, imposibilidad de utilizar debidamente los servicios públicos de salud e inexistencia de utilización abusiva de los servicios sanitarios privados.

I. La urgencia vital.

Si atendemos al Diccionario de la Real Academia (RAE) por vital se entiende “pertenciente o relativa a la vida” o “de suma importancia o trascendencia”. Parece referirse a aquella urgencia que frente a otras presenta una mayor importancia porque está en juego la vida de una persona. Si bien, como afirma acertadamente la STS 20 octubre 2006¹⁹ el concepto de “urgencia vital” es mucho más amplio y no comprende solo el daño a la vida de las personas sino también, el que puede causarse a otros bienes jurídicos. Por ello dispone 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 lo hizo así. 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, de modo que se incluyan los riesgos de pérdida de la función de órganos importantes”.

La STJ Murcia 14 septiembre 2015²⁰ aprecia la existencia de dicha urgencia en el caso de una mujer que es excluida de un segundo tratamiento en la sanidad pública cinco días antes del cumplimiento de 40 años, recurriendo a un centro privado para llevarlo a cabo. En este supuesto el tribunal entiende que “el transcurso del tiempo para la práctica de la FIV solo puede acarrear la pérdida de funcionalidad

¹⁹ STS 20 octubre 2006 (RJ 2006, 502).

²⁰ STSJ Murcia 14 septiembre 2015 (Roj: STSJ MU 659/2015)

del aparato reproductor de la mujer, el cual es de suma importancia para el desenvolvimiento de su personalidad en cuanto determinante de su acceso a la maternidad, bien de naturaleza esencial de la mujer y que condiciona la creación de una familia”.

Sin embargo, otra sentencia de este mismo tribunal 17 mayo 2022²¹ no reconoce la urgencia vital afirmando que “tal situación no se cumple, pues precisamente la exclusión de la actora a un segundo tratamiento por haber cumplido la edad de 40 años, lo que pretende es eliminar situaciones que pudieran afectar a su salud, siendo esta excluida una vez cumplida dicha edad sin que pueda sostenerse que hubiera riesgo inminente para la vida de la actora ni pérdida de órganos o miembros fundamentales para el desarrollo de una vida normal, pues la posible pérdida de óvulos no puede equipararse a la situación de pérdida de órganos o miembros fundamentales, máxime cuando el tratamiento no se justificaba por razón de la edad”.

Por tanto, esa urgencia vital no siempre se circunscribe a supuestos en los que peligra la vida de la persona, aunque sea lo más habitual, sino que puede alcanzar a otros órganos. Así lo recalca la sentencia anterior al afirmar que este tipo de urgencia “se caracteriza fundamentalmente y en los más de los casos, porque en ella está en riesgo la vida del afectado”. Otras como la STSJ Castilla y León 11 julio 2013²² utilizan términos similares refiriéndose a la “afectación previsible de la vida sin llegar a su pérdida”. Podemos decir que se amplía y humaniza este concepto gracias a la casuística de forma que, ya no se circunscribe únicamente al riesgo inminente de muerte, sino que contempla la pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona²³.

Si bien, nos podemos preguntar si esos daños a la vida u a otros bienes de la persona incluirían también, los causados a elementos no patrimoniales, es decir si podrían referirse al daño moral. La Jurisprudencia en sentencias como la STSJ Asturias 21 febrero 2003²⁴ parece decantarse por una respuesta positiva disponiendo que dicha urgencia vital no comprende únicamente “la conservación escueta de la vida ni de los elementos que físicamente la constituyen en su más descarnada elementalidad, sino también de cuantos determinan la plenitud de su dignidad, y no sólo físicos, anatómicos y fisiológicos susceptibles de restauración o preservación por medios sanitarios, sino también los morales que de su deterioro puedan verse afectados”.

21 STSJ Murcia 17 mayo 2022 (Roj: STSJ MU 1017/2022)

22 STS Castilla y León (Roj: STSJ CL 2974/2013).

23 HERNÁNDEZ BEJARANO, E. M.: “Los supuestos que habilitan el reintegro de gastos sanitarios. Una cuestión poco pacífica”, *Aranzadi Social*, núm. 13, 2009, p. 44.

24 STSJ Asturias 21 febrero 2003 (STJS A 490/2003).

Este carácter vital de la urgencia habrá de determinarse en cada caso, atendiendo a las circunstancias concurrentes²⁵ y así, sentencias como STSJ Castilla y León 18 de noviembre 2004²⁶ consideran que “no es un concepto puramente jurídico, sino máxima de experiencia en relación con las concretas circunstancias”. Con todo, la jurisprudencia si fija una serie de criterios a tener en cuenta para poder hablar de urgencia vital.

2. Parámetros que determinan la urgencia vital y la posibilidad de reembolso.

A) Asistencia urgente.

Por “urgente” se entiende conforme al Diccionario de la Real Academia Española (RAE) “Necesidad o falta apremiante de lo que es menester para algún negocio”. Es decir, se ha de tratar de una situación que exige de una rápida actuación que caso de no producirse puede conllevar un daño a la vida o a cualquier otro bien de la persona.²⁷ Se trata de casos en los que no es posible esperar al tratamiento del servicio público y se acude a la sanidad privada para evitar un riesgo grave. Como afirma la STSJ de Castilla la Mancha 26 noviembre 2014²⁸ la espera implica “la agravación súbita del cuadro clínico que requiere una inmediata atención imposibilitando acudir al servicio médico asignado”.

La STSJ Madrid 3 julio 2015²⁹ entiende que la asistencia es urgente cuando “es precisa para conservar la vida, los aparatos y órganos del cuerpo humano o su mejor funcionalidad o para lograr una mejor calidad y menor dolor y sufrimiento”.

El carácter urgente de la asistencia se ha de determinar *ex ante* y no a *posteriori*, es decir en el momento en que se ha de valorar que tipo de asistencia se requiere en atención a la gravedad de la situación y no, una vez prestada dicha asistencia, puesto que, aunque con ella se minimice el riesgo o incluso llegue a desaparecer, no habrá obstáculo alguno para seguir calificando la situación previa de urgente³⁰.

B) Asistencia inmediata.

25 CAPILLA BOLAÑOS, J.A: “La casuística de los reintegros de gastos médicos”, *Actualidad Laboral*, núm. 3, 1996, p. 657.

26 STSJ Castilla y León 18 de noviembre 2004 (AS 2005\352) citadas por BELTRÁN DE HEREDIA RUIZ, I.: “El reembolso de gastos médicos a la luz de las últimas novedades legislativas y de la reciente jurisprudencia y doctrina judicial”, *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, núm. 19, 2007, p.116.

27 STS Castilla la Mancha 26 noviembre 2014 (STSJ CLM 3455/2014): “la premura en la actuación, de suerte que se perjudica la supervivencia del enfermo o se le puede infligir un daño irreparable o de difícil subsanación a su integridad física si ha de estarse a la necesaria demora o a la superación de los naturales inconvenientes que supone el acudir a los servicios médicos asignados por la Seguridad Social”.

28 STSJ Castilla la Mancha 26 noviembre 2014 (Roj: STSJ CLM 3455/2014).

29 STS Madrid 3 julio 1015 (Roj STS M 8510/2015).

30 STSJ Canarias 3 septiembre 2012 (Roj: STSJ ICAN 2456/2012).

El requisito de inmediatez está íntimamente relacionado con el de urgencia, puesto que toda situación urgente requiere de una actuación inmediata. Inmediatez que evita que se intensifique el riesgo, de ahí que esa asistencia sea imprescindible y no meramente conveniente. De esta manera, la STSJ Castilla la Mancha 26 noviembre 2014³¹ define e identifica los términos inmediatez y perentoriedad afirmando que es “la exigencia de tratamiento inmediato ante la aparición imprevisible de la enfermedad o la producción del accidente y que elimina o excluye cualquier posibilidad de trámites formales y burocráticos previos, de modo que resulte ineludible acudir al centro más cercano de los adecuado”.

También la STSJ Castilla y León 11 julio 2013³² dispone que esa inmediatez se concreta “en la posibilidad cierta de que un retraso en recibir la asistencia pueda producir daños graves para la salud en forma de secuelas o incluso, de la prolongación en el tiempo de sufrimientos graves, puesto que tal es el alcance de los bienes protegidos por el art. 15 de la CE”.

3. Imposibilidad de utilización adecuada de los servicios públicos de salud.

Este requisito exige que en el caso de que se trate sea imposible, difícil o no conveniente acudir a los servicios públicos sanitarios de salud para recibir esa asistencia urgente, inmediata y vital³³ lo que puede deberse a diferentes motivos³⁴. Ello obliga a poner en relación dos plazos distintos; el necesario para obtener la asistencia pública debida y el requerido para recibir la asistencia privada, “con lo que, si la opción entre uno y otro implica una diferencia temporal de la que nace un riesgo grave para la vida, la salud o la integridad física, se asiste a una situación manifiestamente urgente”³⁵.

A) Lejanía del centro sanitario público.

En la sentencia STSJ Valencia 8 marzo 2000³⁶ se apreció “una situación de urgencia vital, aunque el centro oficial estuviese a la misma distancia aproximada que el centro privado donde les llevó el taxi, “según su criterio, como centro sanitario más próximo”, dado el nerviosismo propio de tales momentos. Así que no se buscó de propósito el centro privado, con plena voluntariedad, y no se

31 STSJ Castilla la Mancha 26 noviembre 2014 (Roj: STSJ CLM 3455/2014).

32 STSJ Castilla y León 11 julio 2013 (STSJ CL 2974/2013).

33 STS 4 junio 1986 (RJ/ 1986/3466): “Que no sea posible, extremadamente dificultoso o desaconsejable médicamente el acudir a los servicios sanitarios propios de la Seguridad Social”.

34 AZAGRA SOLANO, M.: *La Jurisdicción social ante el reintegro de gastos sanitarios: cuestiones actuales*, Vol. 21, IXI Extraordinario Congreso, Ponencias, 2011 p.104 se refiere a “circunstancias tales como su lejanía, la tardanza en la prestación del servicio o el hecho de que tal servicio no esté en condiciones de prestarla”. Por otro lado, la STS 6 marzo 1985 (RJ 1985/1285) contempla también los casos de “sobrecarga de los servicios, excesiva demora en la prestación, aglomeración, o carencia de instalaciones o medios adecuados”.

35 STS Castilla y León 11 julio 2013 (STSJ CL 324/2013).

36 STS Valencia 8 marzo 2000 (Roj: STSJ CV 2050/2000).

aprecia un abandono voluntario de la vía oficial, sino una real y urgente necesidad de asistencia médica”.

B) Demora en la prestación del servicio sanitario público.

La STSJ Castilla y León 27 marzo 2000³⁷ establece que “podría incluirse en los supuestos de urgencia vital el serio riesgo para la integridad física de producirse la inactuación, ahora bien, en estos supuestos no es admisible que sin más y ante la consideración de excesivo del plazo para llevar a cabo una consulta, se acuda a la sanidad privada. El sistema nacional de salud no se basa en actuaciones aisladas de los médicos que lo integran, sino que junto a dichos médicos existe una fuerte organización burocrática que permite revisar consultas u horarios”.

C) Medios que no pueden prestarse por los servicios públicos.

Siguiendo la STS 29 mayo 2007³⁸ se ha de distinguir de un lado, los medios sanitarios que puede exigir el enfermo, aspecto que podríamos denominar “individual” y de otro, si dichos medios están o no disponibles en la sanidad pública para su utilización, aspecto que calificaríamos de “social”.

Dicha sentencia pone de manifiesto que “La tensión entre uno y otro término, el individual y el social, se encuentra ya en la Constitución pues su artículo 43 se inicia con el reconocimiento del derecho a la protección a la salud, lo que abre de modo indeterminado la expectativa a cuantos medios sean adecuados y conducentes a la conservación y recuperación a la salud, para concluir el párrafo del número segundo, con el mandato de “la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”, con lo que al extender a “todos” el derecho, necesariamente está excluyendo aquellos medios que están fuera del ámbito especial de soberanía de la ley o, que por su propia índole emergente o limitada, como pueden ser los servicios de un excepcional facultativo, sólo son accesibles a algunos, no a todos”

¿A qué criterio atender entonces, al “individual” o al “social”? En un primer momento parece que el criterio predominante era el primero (el individual) que centraba su atención en el enfermo y en la obligación de la seguridad social de prestar la asistencia sanitaria que exigiera y que le fuera aplicable. Así se desprendía del RD 2065/1974 30 mayo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (hoy RD 8/215 30 octubre) cuyo art 98.1 disponía: “La asistencia sanitaria del Régimen General de la Seguridad Social tiene por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a

37 STSJ Castilla y León 27 marzo 2000 (AS 2000,1517).

38 STS 29 mayo 2007 (REC 4407/05): “El reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia médica se mueve entre la exigencia que un enfermo determinado tiene, de disponer de unos medios para la curación o recuperación de la salud y, la obligación de la Seguridad Social de prestarlos, y, por consiguiente, de tener a disposición del beneficiario los mismos”.

conservar o restablecer la salud de los beneficiarios de dicho régimen, así como su aptitud para el trabajo”.

Si bien, con posterioridad la atención se centró en si esos medios estaban o no disponibles de modo concreto, real e indeterminado en el Sistema Público de Salud. Adquirían mayor importancia los medios que quien había de recibirlos y ello con base en los principios a los que ha de responder siempre el sistema público de salud: eficacia, economía y racionalización, lo que llevó consigo la limitación de las prestaciones a las contenidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. A favor de esta opción se muestran sentencias como la STS 25 marzo 2004³⁹ que hace hincapié en que la asistencia sanitaria prestada por los servicios públicos no es ilimitada y así, afirma que: “la asistencia sanitaria debida por la seguridad social tiene unos límites, sin que pueda constituir el contenido de la acción protectora del sistema, caracterizado por una limitación de medios y su proyección hacia una cobertura de vocaciones universal, la aplicación de aquellos medios no accesibles ni disponibles en la sanidad española a cuanto lo solicite”

Por tanto, ha de tratarse de:

a) Medios accesibles, es decir, existentes de modo real y concreto en la ciencia médica, excluyéndose aquellos casos de técnicas pioneras o experimentales en fase de investigación clínica o sin evidencia constatada⁴⁰ o punteras o muy sofisticadas⁴¹. Los medios de la sanidad pública no son ilimitados de ahí que si se acude técnicas más modernas e innovadoras de la sanidad privada en ciertos casos⁴² no puede después solicitarse el reintegro de esos gastos ocasionados. Con todo, el propio Preámbulo del RD 1030/2006⁴³ establece la actualización de

39 STS 25 marzo 2004 (REC 1737/2003).

40 STS 17 julio 2007 (Roj: STS 6501/2007): “La sanidad pública viene obligada a prestar aquella asistencia sanitaria sobre la que exista “suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica o esté suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de esperanza de vida, autovalimiento y eliminación del dolor y el sufrimiento” En el caso no estamos ante una asistencia debida ni procede el reintegro puesto que: “no consta que esa nueva técnica hubiese sido aprobada por la Administración Estatal, cual requieren el artículo 109 de la Ley 14/1986 y la Adicional Primera del Real Decreto 63/95 , ni, lo que es peor, se ha acreditado la solvencia científica de esa nueva técnica, su seguridad y eficacia, en orden a la prevención, tratamiento o curación de la enfermedad, como era exigible, según se deriva de interpretar en sentido contrario el artículo 2-3 del Real Decreto 63/95”.

41 STSJ País Vasco 10 abril 2001 (AS 2001, 2097): Deniega el reintegro de gastos médicos en un supuesto de aplicación de fecundación artificial por tratarse de una técnica puntera o muy sofisticada que, además, no afecta a la subsistencia, a un órgano miembro fundamental ni a un desarrollo normal de la vida, declarando que “de acuerdo con los hechos que han quedado acreditados, resulta manifiesto que los demandantes no se hallaban en una situación de urgencia vital cuando acudieron a recibir los servicios de un centro médico privado, generando unos gastos que ahora reclaman al Servicio Vasco de Salud”.

42 STSJ Andalucía 26 febrero 2001 (AS 2001, 2403): “La medicina pública opera con unos medios limitados, en ciertos aspectos, y a ellos tienen que acogerse los beneficiarios, los cuales, si quieren disponer de técnicas ultramodernas, o muy avanzadas, sólo efectuadas en el extranjero o en la medicina privada nacional, tienen que sufragar los gastos que se le originan y que en modo alguno pueden repercutir en el sistema público de Salud”.

43 RD 1030/2006 15 septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su actualización.

su cartera de servicios con la finalidad de ir incorporando nuevos tratamientos si bien, garantizando que “ninguna nueva técnica, tecnología o procedimiento clínico relevante se generalice en el sistema sin una previa evaluación pública de su seguridad, eficacia, coste y utilidad”⁴⁴.

b) Medios disponibles, y por tanto contemplados en la cartera de servicios sanitarios de la Sanidad pública que no contempla todos los existentes en la ciencia médica, sino únicamente algunos. Así el RD 1030/2006 en su art. 2.4 se refiere a “las técnicas, tecnologías o procedimientos que se encuentren dentro de la cartera de servicios”, sin perjuicio como hemos avanzado ya de la actualización de dicha cartera para adecuarse a los “avances tecnológicos y a las necesidades cambiantes de la población” (apartado 10 del Preámbulo).

La inexistencia de determinadas técnicas en el sistema público lleva a desestimar el reembolso por ausencia de urgencia vital en casos como el de la STSJ País Vasco 8 noviembre 2005⁴⁵ en la que los demandantes reclaman el reintegro de los gastos médicos causados en un centro privado al que acudieron voluntariamente para realizar un tratamiento de fertilidad, tras haber sido atendidos por la sanidad pública, donde se constató que para dicho tratamiento el demandante presentaba un problema de salud para el que se carecía de técnicas que lo solucionara.

En cambio, si se admite el citado reembolso en la STJ Castilla León 13 febrero 2008⁴⁶ en la que los actores fueron diagnosticados de ser portadores de la enfermedad de fibrosis quística y como consecuencia de la denegación de la reproducción asistida y el diagnóstico preimplantatorio para lograr el embarazo de hijos sanos en la sanidad pública, acudieron a la privada. Se dispone que “no habiendo quedado acreditado que la Sanidad Pública tenga medios para realizar el tratamiento de diagnóstico preimplantatorio para lograr el embarazo de hijos sanos, aun no tratándose de un caso de urgencia vital, lo cierto es que se precisa dicho tratamiento”.

c) Posibilidad de que esos medios puedan prestarse a quien lo solicita, de modo que no es suficiente con encontrarse dentro de la cartera de servicios del Sistema Público de Salud, sino que han de cumplirse los requisitos exigidos en cada caso para su aplicación.

Por cartera de servicios se entiende conforme al art. 2.1 del RD 1030/2006 “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales

⁴⁴ Art. 7.5 RD 1030/2006: “Para llevar a cabo la actualización se deberá utilizar el procedimiento de evaluación más adecuado en cada caso que permita conocer el coste, la eficacia, la eficiencia, la efectividad, la seguridad y la utilidad sanitaria de una técnica, tecnología o procedimiento, como informes de evaluación, criterio de expertos, registros evaluativos, usos tutelados u otros”

⁴⁵ STSJ País Vasco 8 noviembre 2005 (STSJ PV 4791/2005).

⁴⁶ STJ Castilla León 13 febrero 2008 (REC: 11/08).

cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”. Con todo, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a dicha cartera “siempre que exista una indicación clínica y sanitaria para ello” (art. 2.4).

En el caso de los “tratamientos de reproducción humana” se reconocen en el apartado 5.3.8 del Anexo III del RD 1030/2006 si bien, para su aplicación se deben cumplir dos tipos de requisitos: generales (art. 5.3.8.2)⁴⁷ y específicos (art. 5.3.8.3)⁴⁸.

4. Inexistencia de una utilización abusiva de los servicios privados.

Se ha de constatar junto con los requisitos anteriores que la utilización de esos servicios privados no se debió a una voluntad arbitraria o caprichosa de quien reclama el reintegro de gastos, puesto que en nuestro sistema público de salud no existe un derecho a elegir entre sanidad pública o privada sino cuando concurre una circunstancia excepcional como es el “riesgo vital”. De esta forma, se diferencian dos términos: necesidad y deseo y cuándo el acceso a un centro privado se debe al segundo se deniega cualquier tipo de reembolso.

Así, autores como Sempere Navarro, Capilla Bolaños y Tarabini-Castellani Aznar⁴⁹ comparten el criterio jurisprudencial de que la medicina privada tiene carácter excepcional lo que viene recogido en la sentencias como la STSJ Valencia 28 octubre 2021⁵⁰ “ el actual sistema no concede a los afiliados o beneficiarios un derecho de opción sino que la medicina privada tiene carácter excepcional a justificar por el beneficiario ante los tribunales, quienes deberán proceder con criterio cauteloso para evitar conceder el reintegro de cantidades devengadas por servicios médicos que pudieron prestarse en instituciones de Seguridad Social, que disponen de medios técnicos y humanos muy cualificados, por lo que en muchas ocasiones puede tratarse de una decisión caprichosa o por intereses familiares

47 1º) Las mujeres serán mayores de 18 años y menores de 40 años y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del inicio del estudio del paciente, 2º) personas sin ningún hijo, previo y sano. En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano y, 3º) la mujer no presentará ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia.

48 Así, por ejemplo para la fecundación in vitro con gametos propios se requieren las siguientes condiciones: 1º) edad de la mujer en el momento de indicación del tratamiento inferior a 40 años, 2º) ausencia de evidencias de mala reserva ovárica y 3º) límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica, límite que podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos.

49 SEMPERE NAVARRO, A.V: “Alcance actual de la obligación de reintegrar los gastos por asistencia sanitaria”, *Aranzadi Social*, t. I, 1997, p. 2539; CAPILLA BOLAÑOS, J. A.: “La casuística”, cit., p. 658; y TARABINI CASTELLANI AZNAR, M.: “Reintegro de gastos médicos en los casos de urgencia vital”, *Aranzadi Social*, núm. 10, 2002, versión digital (BIB 2002\1289).

50 STSJ Valencia 28 octubre 2021 (Roj: STSJ CV 6001/2021).

que pretenden agotar todo tipo de posibilidades terapéuticas, las cuales serán humanamente comprensibles, pero no justifican el reintegro”.

Esta postura restrictiva del acceso a la sanidad privada se contempla tanto en el art 17 de La Ley 14/1986 General de Sanidad : “las Administraciones públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán a éstos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios distintos de aquellos que les correspondan” , como en el art. 4.3 RD 1030/2006 que en términos similares dispone: “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 aquél”.

VIII. PRINCIPIO GENERAL DE NO REEMBOLSO.

Para poder proceder al reembolso el concepto de “urgencia vital” materializada en esos requisitos de asistencia sanitaria urgente e inmediata, imposibilidad de acudir a los servicios públicos de salud y no uso abusivo de la sanidad privada, se convierte en concepto clave.

De ahí, que, aunque se exista lejanía del centro público, demora en la atención sanitaria o listas de espera no será procedente el reintegro de esos gastos derivados de la sanidad privada vendrá condicionado a la prueba de la existencia de ese “riesgo vital”.

Todo ello responde a dos razones. La primera, la de evitar que se recurra a la sanidad privada bien como mero deseo o bien con objeto de disponer de técnicas o tratamientos modernos y avanzados no disponibles en la sanidad pública y la segunda, para no quebrar los principios que guían la sanidad pública que son el de eficacia, economía y racionalización. Ello lleva, pues, como consecuencia el no abarcar todas las prestaciones sanitarias, sino únicamente las contempladas en la norma (cartera general de servicios).

BIBLIOGRAFÍA

AZAGRA SOLANO, M.: *La Jurisdicción social ante el reintegro de gastos sanitarios: cuestiones actuales*, Vol. 21, IXI Extraordinario Congreso, Ponencias, 2011.

BELTRÁN DE HEREDIA RUÍZ, I.: "El reembolso de gastos médicos a la luz de las últimas novedades legislativas y de la reciente jurisprudencia y doctrina judicial", *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, núm. 19, 2007.

CAPILLA BOLAÑOS, J.A.: "La casuística de los reintegros de gastos médicos", *Actualidad Laboral*, núm. 3, 1996.

CERVILLA GARZÓN, M.D.: "El menor como sujeto damnificado en la reproducción asistida humana", *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, núm. 13, 2020.

DE VERDA Y BEAMONTE, J.R.: "La filiación derivada del uso de las técnicas de reproducción asistida", en AA.VV: *Derecho Civil IV (Derecho de Familia)* (coord. J.R. DE VERDA Y BEAMONTE), Tirant lo Blanch, 2023.

HERNÁNDEZ BEJARANO, E.M.: "Los supuestos que habilitan el reintegro de gastos sanitarios. Una cuestión poco pacífica", *Aranzadi Social*, núm. 13, 2009.

LASARTE ÁLVAREZ, C y SAINZ-CANTERO, B.: "La reproducción Asistida", en AA.VV: *Derecho de Familia. Principios de Derecho Civil V* (coord. C. LASARTE ÁLVAREZ y B. SAINZ-CANTERO), Marcial Pons, Madrid, 2022.

SERNA MEROÑO, E.: "Técnicas de Reproducción Humana Asistida: Limitaciones para su práctica", *Derecho Privado y Constitución*, núm. 26, 2012.

TARABINI CATELLANI AZNAR, M.: "Reintegro de gastos médicos en los casos de urgencia vital", *Aranzadi Social*, núm. 10, 2002.

