

Roj: **STS 8229/2009** - ECLI: **ES:TS:2009:8229**Id Cendoj: **28079140012009100974**Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Social**Sede: **Madrid**Sección: **1**Fecha: **16/11/2009**Nº de Recurso: **4426/2008**

Nº de Resolución:

Procedimiento: **SOCIAL**Ponente: **MARIA LUISA SEGOVIANO ASTABURUAGA**Tipo de Resolución: **Sentencia**Resoluciones del caso: **STSJ CV 4695/2008,**
STS 8229/2009

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a dieciséis de Noviembre de dos mil nueve

Vistos los presentes autos pendientes ante esta Sala, en virtud de recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto D^a María Dolores González Ruiz, en nombre y representación de D^a Yolanda , contra la sentencia dictada el 9 de septiembre de 2008 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Valencia, en recurso de suplicación número 3844/07, interpuesto por la demandada Consellería de Sanidad contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social número 1 de los de Alicante, en autos número 884/06, seguidos a instancia de Doña Yolanda contra Consellería de Sanidad sobre reintegro de gastos médicos. Confirmamos la sentencia recurrida en todos sus pronunciamientos.

Es Ponente la Excm. Sra. D^a. Maria Luisa Segoviano Astaburuaga, Magistrada de Sala

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 3 de julio de 2007, dictó sentencia el Juzgado de lo Social núm. 1 de Alicante, declarando como probados los siguientes hechos: "1º .- A la demandante, nacida el 4-6-1970, en el año 1995 le detectaron antecedentes familiares de neoplasia endocrina múltiple tipo II (Men II) y fue sometida a una intervención quirúrgica de tiroidectomía total con vaciamiento funcional recurrente bilateral, el 15 de diciembre de 1005.- 2º .- Con posterioridad a dicha intervención, la actora decidió tener familia, sin llegar a quedar embarazada, por lo que comenzó estudio de esterilidad y durante un periodo de 2 años, le realizaron 4 ciclos de IAC, sin resultado positivo (años 2001-2002). Por ello fue remitida para técnica de reproducción asistida (FIV), y tras estar un año en lista de espera, en el Hospital "La Fe" de Valencia, el 30 de diciembre de 2003, recibió la documentación para comenzar el tratamiento.- 3º .- Por aquellas fechas fue diagnosticada de feocromotizoma en suprarrenal izquierda, de la que fue intervenida el 18 de mayo de 2004 y posponiendo el tratamiento de FIV.- 4º .- Transcurrido un mes de esta segunda intervención decide seguir con la reproducción asistida y en ese momento se le indica que debido a su enfermedad, debe llevar el FIV con **diagnóstico** genético preimplantatorio (folio 29 de los autos), ya que existía el 50% de posibilidades de que el niño pudiera padecer enfermedad (folio 31), por lo que no accedieron a realizarle el tratamiento FIV sin antes realizar dicho **diagnóstico** genético. - 5º .- En octubre de 2004 se dirige a la Consejería de Sanidad y se entrevista con el Dr. Germán , que le indica que dicho tratamiento no está disponible en el sistema público de seguridad social (folio 32) y por ello acudió a la medicina privada. 6º .- Que en fechas 6-12-2005 y 29-3-2006 solicitó a la demandada reintegro de gastos médicos por importe de 11.416'25 euros y que han sido denegados por la Consejería de Sanidad y a lo que formuló reclamación previa, desestimada por resolución d e 8-11-2006.- 7º .- La parte demandante y con diversos familiares cercanos fue objeto de análisis genotípico directo del carcinoma medular familiar/síndrome de neoplasia endocrina múltiple en el Hospital Sant Pau de Barcelona en el año 1996 y dando



resultado positivo, entre otros, la actora y su madre y hermana (folio 20 de los autos) y éstas últimas también intervenidas de CMT (folio 39). Y esta enfermedad también aparece en el hijo (nacido el 4-8-2004) de la hermana también afectada e indicada (folios 40 a 44)".

SEGUNDO. - El fallo de dicha sentencia es del siguiente tenor literal: "Que estimando la demanda formulada por Yolanda contra la CONSELLERIA DE SANIDAD, en materia de REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS, debo condenar y condeno a la parte demandada -CONSELLERIA DE SANIDAD-, al abono a la demandante de la cantidad de 11.416'25 euros y por lo que debe estar y pasar dicha demandada".

TERCERO. - Contra dicha sentencia se interpuso recurso de suplicación por D^a Yolanda , y la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, dictó sentencia el 9 de septiembre de 2008 , con el siguiente fallo: "Estimamos el recurso de suplicación interpuesto en nombre de Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social núm. 1 de los de Alicante, de fecha 3-7-2007 , en virtud de demanda presentada a instancia de Yolanda ; y , en consecuencia, revocamos la sentencia recurrida y con desestimación de la demanda iniciadora de las presentes actuaciones absolvemos a la demandada de la reclamación deducida frente a ella":

CUARTO. - Por D^a María Dolores González Ruiz, en nombre y representación de D^a Yolanda , se preparó recurso de casación para la unificación de doctrina, contra la meritada sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana y emplazadas las partes se formuló en tiempo escrito de interposición del presente recurso, señalando como contradictoria con la recurrida, la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, con Sede en Burgos, de 13 de febrero de 2008, recurso 11/08.

QUINTO .- Por providencia de esta Sala, se procedió a admitir a trámite el recurso, y habiéndose impugnado el mismo por la recurrida, pasaron las actuaciones al Ministerio Fiscal, que presentó informe en el sentido de considerar improcedente el recurso. E instruida la Excm. Sra. Magistrada Ponente, se declararon conclusos los autos, señalándose para votación y fallo el día 10 de noviembre de 2009, en el que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO .- El Juzgado de lo Social n^o 1 de los de Alicante dictó sentencia el 3 de julio de 2007, autos 884/06 , estimando la demanda formulada por Doña Yolanda contra la Consellería de Sanidad, en reclamación de reintegro de gastos médicos, condenando a la demandada, Consellería de Sanidad a abonar a la demandante la cantidad de 11.416,25 euros. Tal y como resulta de dicha Sentencia a la demandante le detectaron antecedentes familiares de neoplasia endocrina múltiple tipo II (Men II) -la padece su madre y su hermana que fueron intervenidas de CMT y el hijo de la hermana, nacido el 4-08-04- y fue sometida a una intervención quirúrgica de tiroidectomía total con vaciamiento funcional recurrencia bilateral, el 15 de diciembre de 1995. Decidió someterse a la técnica de reproducción asistida (FIV) y, tras estar un período en lista de espera en el Hospital de la Fe de Valencia, recibió la documentación para comenzar el tratamiento el 30 de diciembre de 2003, siendo diagnosticada poco después de feocromotizoma en suprarrenal izquierda, de la que fue intervenida el 18 de mayo de 2004. Se le indica que debe llevar el FIV con **diagnóstico** genético preimplantatorio, ya que existía el 50% de posibilidades de que el niño pudiera padecer la enfermedad, por lo que no se iba a llevar a cabo el tratamiento sin realizar antes el **diagnóstico** genético, tratamiento que le informó la Consejería de Sanidad, a través Don Germán , no está disponible en el sistema público de Seguridad Social, por lo que la actora acudió a la medicina privada. La sentencia entendió que la actora tenía derecho a una asistencia médica como la que se le realizó pues, por una parte, no se puede privar a los padres del derecho a tener un hijo y, por otra, la propia prescripción médica de la sanidad pública exige, para seguir adelante con el tratamiento FIV, el **diagnóstico preimplantacional**, lo que significa que la demandante reúne los requisitos, para que se acceda al reintegro de gastos solicitado dentro de su derecho constitucional a la asistencia sanitaria en adecuadas condiciones.

Recurrida en suplicación por la demandada Consellería de Sanidad, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Valencia dictó sentencia el 9 de septiembre de 2008, recurso número 3844/07 , estimando el recurso formulado, revocando la sentencia recurrida y, tras desestimar la demanda, absolvió a la demandada de las pretensiones en su contra formuladas. La sentencia, invocando la doctrina de esta Sala consignada en la sentencia de 25 de marzo de 2004, recurso 1737/03 , entendió que no procedía el reintegro de gastos solicitado ya que no estamos ante un caso de urgencia vital en el que no pueden utilizarse los Servicios del Sistema Nacional de Salud, que es el supuesto previsto en el artículo 5 del Real Decreto 63/1995 , sino ante un supuesto en el que era necesario realizar unas pruebas genéticas para proseguir el tratamiento FIV, cuya denegación será susceptible de reclamación por la vía adecuada, pero no implicando dicha denegación ningún riesgo vital para la situación en que se encontraba en ese momento la actora.



Contra dicha sentencia se interpuso por la parte actora recurso de casación para la unificación de doctrina y, no habiendo seleccionado la parte sentencia alguna de todas las citadas en el escrito de interposición del recurso, para lo que la Sala le concedió un plazo de diez días en proveído de 2 de febrero de 2009, se tuvo por seleccionada la más moderna de las alegadas, la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, con Sede en Burgos, de 13 de febrero de 2008, recurso 11/08, firme en el momento de publicación de la recurrida.

La parte demandada Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, ha impugnado el recurso, habiendo informado el Ministerio Fiscal que estima improcedente el recurso.

SEGUNDO.- Procede el examen de la sentencia de contraste para determinar si concurre el requisito de la contradicción, tal como lo enuncia el artículo 217 de la Ley de Procedimiento Laboral, que supone que ante hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente idénticos, las sentencias comparadas han emitido pronunciamientos diferentes.

La sentencia de contraste, la dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, con sede en Burgos, el 13 de febrero de 2008, recurso 11/08, estimó el recurso de suplicación interpuesto por D. Jorge Sopeña Sanz y D^a María Eugenia Gómez Yaguez contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social n^o3 de Burgos, el 19 de noviembre de 2007, autos 545/07, seguidos a instancia de los recurrentes contra SACYL, condenando a la demandada a abonar a los actores la cantidad de 9.445 euros. Consta en dicha sentencia que los actores fueron diagnosticados de ser portadores de la enfermedad de fibrosis quística y como consecuencia del rechazo por la Gerencia del pago del tratamiento médico a través de la reproducción asistida y **diagnóstico** preimplantatorio para lograr el embarazo de hijos sanos, acudieron a la sanidad privada, que realizó el **diagnóstico** genético **preimplantacional** (IVI). La sentencia razona 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, aún no tratándose de un caso de urgencia vital, lo cierto es que si se precisa dicho tratamiento por lo que, en aplicación de los artículos 39.1 y 43.2 de la Constitución Española, 98.1 de la Ley General de la Seguridad Social y 102.3 de la misma Ley, procede reconocer a los demandantes el derecho al reintegro de gastos solicitado.

Entre la sentencia recurrida y la de contraste concurren las identidades exigidas por el artículo 217 de la Ley de Procedimiento Laboral ya que en ambos casos se reclama el reintegro de gastos sanitarios generados fuera del sistema de Seguridad Social, consistente en la realización de un **diagnóstico** genético preimplantatorio, exigido por la Sanidad Pública para realizar el tratamiento de reproducción asistida al que iba a someterse la beneficiaria, ante el riesgo de que el hijo pudiera padecer determinada enfermedad genética. Es irrelevante que en la sentencia recurrida dicha enfermedad la padeciera sólo la mujer y se tratara de feocromotizoma en suprarrenal izquierda, en tanto en la sentencia de contraste la enfermedad la padecían ambos demandantes y se tratada de fibrosis quística, pues lo relevante es que, ante el riesgo de transmisión genética de la enfermedad, el sistema público de salud exige, para la realización de la técnica de reproducción asistida, un **diagnóstico** genético preimplantatorio y el mismo no se realiza en dicho sistema público, por lo que los beneficiarios han acudido a la sanidad privada y reclaman el reintegro de los gastos ocasionados, habiendo llegado las sentencias comparadas a resultados contradictorios ya que, en tanto la recurrida entiende que no procede dicho reintegro, la de contraste concede en el mismo.

Cumplidos los requisitos de los artículos 217 y 222 de la Ley de Procedimiento Laboral, procede entrar a conocer del fondo del asunto.

TERCERO.- El recurrente alega infracción de los artículos 15, 39 y 43 de la Constitución Española, así como del 5.3 del Real Decreto 63/95 de 20 de marzo y del 4.3 del Real Decreto 1030/06, de 15 de septiembre.

Aduce, en esencia, la parte recurrente que tiene derecho al reintegro y abono de los gastos reclamados con la finalidad pretendida, lógica, justa y protegible, ya que no ha quedado acreditado que la Sanidad Pública tenga medios para realizar el tratamiento de **diagnóstico** preimplantatorio para lograr el embarazo de hijos sanos, estando encuadrado el supuesto en lo que la normativa y jurisprudencia entienden como "urgencia vital" ya que, aunque no supone un peligro inminente para la vida de la beneficiaria de la asistencia, de no haberse recibido el tratamiento, podría haber supuesto un riesgo grave para la salud de su futuro hijo.

El alcance y límites del derecho a la asistencia sanitaria ha sido examinado por esta Sala en múltiples sentencias, entre las que podemos señalar la sentencia de 4 de julio de 2007, recurso 2215/06, que estimó el recurso, condenando a la demandada al reintegro de gastos médicos solicitado, considerando que se trata de un supuesto de "urgencia vital", ya que tal concepto incluye, no solo el peligro inminente de muerte, sino también el riesgo de pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona. Dicha sentencia contiene el siguiente razonamiento: " 1.- El art. 102.3 LGSS/74, no derogado por el RD Legislativo 1/1994, dispone que «las entidades obligadas a prestar asistencia sanitaria no abonarán los



gastos que puedan ocasionarse cuando el beneficiario utilice servicios médicos distintos de los que hayan sido asignados, a no ser en los casos que reglamentariamente se determinen». Y con similar contenido, el art. 14 LGS (14/1986, de 25 /Abril) dispone que «las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonará a éstos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos de aquellos que les correspondan en virtud de lo dispuesto en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las normas que aprueben las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias».

Determinación reglamentaria que a la fecha presente viene establecida en el RD 63/1995 (20/Enero), sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, cuya Disposición Derogatoria única norma que «quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en este Real Decreto y, en particular» el art. 18 del Decreto 2766/1967 (16 /Noviembre) y el Decreto 2575/1973 (14/Septiembre), por el que se modifica el citado precepto . Pues bien, el art. 5 del vigente RD 63/1995 , dispone: «1. La utilización de las prestaciones se realizará con los medios disponibles en el Sistema Nacional de Salud, en los términos y condiciones previstos en la Ley General de Sanidad y demás disposiciones que resulten de aplicación y respetando los principios de igualdad, uso adecuado y responsable y prevención y sanción de los supuestos de fraude, abuso o desviación. 2. Las prestaciones recogidas en el anexo I solamente serán exigibles respecto del personal, instalaciones y servicios, propios o concertados, del sistema Nacional de Salud, salvo lo establecido en los convenios internacionales. 3. 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 adecuadamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción».

2.- Ciertamente que la comparación de los dos cuerpos reglamentarios [Decreto 2766/1967 y RD 63/95] pone de manifiesto que en la actualidad ha desaparecido la denegación injustificada de la asistencia como causa expresa -legal- de reintegro (así, ya lo indicábamos en la STS 25/03/04 -rcud 1737/03 -), lo que bien pudiera suscitar cuestión -no pacífica- relativa a la competencia conocer el reembolso en tales supuestos, tras la vigencia del art. 2-e de la Ley 29/1998 (13 /Julio) y la modificación del art. 9.4 LOPJ, llevada a cabo por la Ley Orgánica 6/1998 (13 /Julio). Pero lo cierto es que resulta del todo innecesario tratar tal cuestión, porque los supuestos de urgencia vital y denegación de asistencia no se presentan normalmente en su pureza conceptual, sino que más generalmente lo hacen en circunstancias que ofrecen una compleja mezcla de las características de una y otra figura. En el concreto caso debatido, si bien la inclusión del actor en «lista de espera», en cierto modo pudiera considerarse como objetiva denegación de la debida prestación sanitaria [la atención médica tardía implica la inadecuada satisfacción del derecho a la prestación sanitaria], lo cierto es que a la par también concurren pormenores fácticos que consienten afirmar la existencia de necesidad de asistencia sanitaria «urgente, inmediata y de carácter vital». Y de esta última faceta -justificativa de nuestra indubitada competencia jurisdiccional- trataremos a continuación ".

Por su parte la sentencia de 29 de mayo de 2007, recurso 4407/05 , denegó el reintegro de gastos solicitado correspondiente a una intervención quirúrgica de cambio de sexo. Invocando la doctrina unificada contenida en las sentencias de esta Sala de 31 de octubre de 1988, 13 de octubre de 1994 y 21 de diciembre de 1995 señala: " a) 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. La jurisprudencia ha contemplado normalmente el problema partiendo de las exigencias del enfermo. Sin embargo, la sentencia de 4 de junio de 1.986, cuya doctrina reitera la de 16 de febrero de 1.988, señala que la Seguridad Social, como cualquier entidad de análoga naturaleza, tiene que garantizar tanto la eficacia y la igualdad en los servicios prestados, como la necesaria estabilidad financiera del sistema. Ello supone el reconocimiento de unos límites inherentes a la asistencia debida por la Seguridad Social, aunque por su especial naturaleza estos no se precisan por la norma como ocurre en materia referente a prestaciones dinerarias ...

b) El problema de la asistencia debida es una cuestión médica, que jurídicamente solo obliga a determinar si de hecho era exigida por el enfermo como tal, esa asistencia que la ciencia médica, que jurídicamente solo obliga a determinar si de hecho era exigida por el enfermo como tal, esa asistencia que la ciencia médica aconseja y si ésta fue o no prestada por la entidad obligada a ello. Pero junto a esta valoración, que parte del enfermo individualmente considerado y prescinde del marco concreto de lugar y medios en que se encuentre, cabe y es necesario contemplar una dirección inversa, partir y hacer pie en el conjunto de medios disponibles de modo concreto, real, y no indeterminado, es decir los meramente existentes para la ciencia médica y con arreglo a ellos medir la asistencia que el enfermo requiere. Este punto de vista es primordialmente social y como cuestión jurídica plantea la determinación de qué medios son los exigibles a la Entidad Gestora para que estén a disposición del beneficiario.



c) 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.

d) Esta misma tensión entre uno y otro término se encuentra en la normativa de la Seguridad Social; así el art. 98 de la Ley de Seguridad Social de 30 de Mayo de 1994, fija como objeto de la asistencia sanitaria los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a conservar y restablecer la salud, sin precisar el ámbito de los mismos, mientras que el artículo 11 de Decreto 2766/67 de 16 de noviembre circunscribe las técnicas terapéuticas y diagnósticas "a todas las que se consideren precisas por los facultativos asistentes" y el propio art. 18 del mismo Decreto al referirse a la denegación injustificada de la prestación debida al enfermo, deja abierta la posibilidad de que aún siendo debida a un enfermo una asistencia médica, su negativa sin embargo está justificada, es decir no está obligada la Seguridad Social a prestarla. ..."

Esta doctrina aparece reiterada en las sentencias de 20 de octubre de 2003 y 20 de marzo de 2004 (recurso 1737/03), recogiendo esta última 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".

Aplicando la doctrina anteriormente consignada el recurso ha de ser rechazado, ya que en el supuesto examinado no concurre la "urgencia vital", entendida en el amplio sentido interpretado por la Sala en consonancia con el mandato constitucional sobre el derecho de protección a la salud, artículo 43.1 de la Constitución, que no se refiere únicamente al peligro de muerte inminente, sino también a los supuestos de pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona. En efecto, la cuestión controvertida, el derecho al reintegro de los gastos ocasionados por la realización de un diagnóstico genético en la sanidad privada, a fin de que, a la vista del mismo, la Sanidad Pública realizara a la beneficiaria el tratamiento de reproducción asistida, no reviste carácter de urgencia vital pues, ni supone peligro de muerte inminente, ni de pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona por lo que la sentencia recurrida no vulnera las previsiones contenidas en el artículo 5 del Real Decreto 63/1995 (aplicable por razones cronológicas). Articulado el recurso sobre la infracción de los artículos 15, 39 y 43 de la Constitución Española, 5.3 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero y 4.3 del Real Decreto 1030/06, de 15 de septiembre, siendo los dos últimos preceptos los que desarrollan el mandato Constitucional de protección de la salud, ha de concluirse que la sentencia recurrida no ha infringido ninguno de los preceptos denunciados. Hay que señalar, en primer lugar, que el Real Decreto 1030/06, de 15 de septiembre no resulta de aplicación al caso, atendiendo a la fecha en la que la hoy recurrente se sometió a las técnicas de reproducción asistida, con realización previa del diagnóstico genético preimplantatorio. En cuanto a la denunciada vulneración del artículo 5.3 del Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, ha de correr igual suerte desestimatoria. En efecto, dicho precepto prevé el reembolso de los gastos sanitarios originados fuera del Sistema Nacional de Salud, en los casos de asistencia sanitaria, urgente, inmediata y de carácter vital, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios del citado Sistema Nacional de Salud y que la utilización de servicios ajenos no constituye una utilización desviada o abusiva, y como anteriormente quedó razonado, en el supuesto examinado no concurre la citada "urgencia vital", por lo que no procede el reembolso de gastos reclamado. Hay que poner de relieve que en el Anexo I del mencionado Decreto, en el que se contiene la relación de prestaciones sanitarias, no sólo no aparece el diagnóstico genético preimplantatorio, entre las prestadas por el Servicio Nacional de Salud, sino que tampoco está contemplada, a diferencia de las prestaciones contenidas en la cartera de servicios comunes de la Sanidad Pública, regulada en el Anexo I del Real Decreto 1030/06, de 15 de septiembre la reproducción asistida.

Procede por todo lo razonado la desestimación del recurso formulado.

Por lo expuesto, en nombre de S. M. El Germán y por la autoridad conferida por el pueblo español.

FALLAMOS

Desestimamos el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por la representación de Doña Yolanda contra la sentencia dictada el 9 de septiembre de 2008 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Valencia, en recurso de suplicación número 3844/07, interpuesto por la demandada Consellería de Sanidad contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social número 1 de los de Alicante, en



autos número 884/06 , seguidos a instancia de Doña Yolanda contra Consellería de Sanidad sobre reintegro de gastos médicos. Confirmamos la sentencia recurrida en todos sus pronunciamientos. Sin costas.

Devuélvanse las actuaciones al órgano jurisdiccional correspondiente ,con la certificación y comunicación de esta resolución.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado D. Maria Luisa Segoviano Astaburuaga hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de lo que como Secretario de la misma, certifico.

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ