

Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, Sala de lo Social, Sentencia 93/2017 de 10 Feb. 2017, Rec. 1035/2016

Ponente: López-Tamés Iglesias, Rubén.

Nº de Sentencia: 93/2017

Nº de Recurso: 1035/2016

Jurisdicción: SOCIAL

Gastos sanitarios: no procede su abono a familiares de fallecida tras operarse por lo privado pese a los riesgos advertidos por el hospital público

REINTEGRO DE GASTOS SANITARIOS. Inexistencia de urgencia vital o de denegación injustificada de asistencia. No procede el abono a los familiares de paciente fallecida a consecuencia de operación quirúrgica llevada a cabo en un centro privado en contra de la opinión de la mayoría del equipo de ginecología del sistema sanitario público, dado el elevado riesgo cardiovascular de la intervención.

El TSJ Cantabria desestima el recurso de suplicación interpuesto por los beneficiarios y confirma la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social núm. 3 de Santander que denegó el reembolso de los gastos médicos.

SENTENCIA nº 000093/2017

En Santander, a 10 de febrero del 2017.

PRESIDENTA

Ilma. Sra. D^a. Mercedes Sancha Saiz

MAGISTRADOS

Ilmo. Sr. D. RUBEN LOPEZ-TAMES IGLESIAS (Ponente)

Ilma. Sra. D^a. M^a Jesús Fernández García

EN NOMBRE DE SU MAJESTAD EL REY, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria compuesta por los Ilmos. Sres. citados al margen ha dictado la siguiente

SENTENCIA

En el recurso de suplicación interpuesto por D. Pedro Enrique , D^a. Bárbara y D. Darío contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº. 3 de Santander, ha sido Ponente el Ilmo. Sr. D. RUBEN LOPEZ-TAMES IGLESIAS, quien expresa el parecer de la Sala.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Según consta en autos se presentó demanda por D. Pedro Enrique , D^a. Bárbara y D. Darío , siendo demandado Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, sobre Reintegro de gastos, y en su día se celebró el acto de la vista, habiéndose dictado sentencia por el Juzgado de referencia en fecha 27 de septiembre de 2016 , en los términos que se recogen en su parte dispositiva.

SEGUNDO.- Como hechos probados se declararon los siguientes:

1º.- La madre y esposa de los demandantes, Manuela , protagonizó la siguiente historia clínica:

. en febrero de 2014 y tras revisión ginecológica rutinaria se le detecta una carcinomatosis peritoneal en estadio III C (tumor en ovario (tumor de células de Sertoli) con metástasis a peritoneo (implantes adyacentes al epiplón mayor, mesocolon transverso, gotieras paracólicas, especialmente de la pelvis, rodeando anteriormente al útero y en el fondo de saco de Douglas; afectación de la región mesentérica y pélvica tanto en la región anterior al cuerpo uterino como al espacio de Douglas); se le practica laparoscopia con apreciación de carcinomatosis masiva con pelvis congelada, irreseccable en ese momento.

. tras diagnóstico inicia quimioterapia.

. 4-6-14: infarto isquémico agudo temporo - parietal izquierdo, infartos isquémicos agudos embólicos; se reanuda quimioterapia con menor intensidad.

. 26-8-14: respuesta parcial del tumor.

. 30-10-14: bypass femoropoplíteo derecha (miembro inferior derecho).

. se analiza el caso de la señora Manuela en el Comité multidisciplinar Oncológico del hospital de Valdecilla hasta en tres ocasiones y se opta por no intervenir a la actora por medio de una citorreducción al existir riesgo vascular y probable afectación de la zona mesentérica, vasos mesentéricos incluidos (el referido Comité lo componían varios especialistas de ginecología oncológica, cirugía general, radioterapia, oncología médica, anatomía patológica, radiodiagnóstico, una

psicóloga y varias enfermeras).

Finalmente, esta operación no se llevó a cabo (la mencionada intervención llegó a estar programada) El jefe de servicio de Ginecología del meritado hospital, doctor Luis Francisco (prestigioso en la materia) fue el médico personal de la señora Manuela . Este doctor era partidario de intervenir al considerar que no existía afectación de los mencionados vasos.

Para desarrollar la intervención aludida era precisa la coordinación de dos servicios: cirugía ginecológica (cintura para abajo) y cirugía general (cintura para arriba).

. el doctor Luis Francisco redactó el 29-10-14 derivación de paciente a otro centro

(referente a la señora Manuela , el contenido de esta derivación se tendrá por reproducido).

. la señora Manuela y su familia acudieron al centro privado MD Anderson cáncer center. Este centro trató a la citada señora y la intervino el 24-11-14 (citorreducción). Debido a mala e irregular evolución se le reinterviene el 9-12-14 (localización de punto de fuga intestinal, aparición en cavidad abdominal de abundante contenido purulento ...).

El 7-1-15 fallece por sepsis de probable origen intestinal (perforación de intestino).

2º.- Los gastos sanitarios de la atención ofertada por el centro privado MD Anderson cáncer center ascendieron a 67.698,40 euros. La

familia de la señora Manuela abonó esta cantidad.

La demandada rechaza abonar esta cantidad por estos motivos:

" El paciente acude a un centro privado sin haber sido derivado por un facultativo especialista del Sistema Nacional de Salud y sin tratarse de urgencia vital y sin justificar que no pudieron ser utilizados los medios propios o concertados del Sistema Nacional de Salud (art. 4.3 del R.D. 1030 / 2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización)".

(la vía administrativa previa ha quedado agotada).

TERCERO.- En dicha sentencia se dictó el siguiente fallo o parte dispositiva:

"Que desestimando la demanda interpuesta por don Pedro Enrique , doña Bárbara y don Darío contra la CONSEJERÍA DE SANIDAD y SERVICIOS SOCIALES, absuelvo a la demandada de la reclamación contra ella formulada".

CUARTO.- Contra dicha sentencia anunció recurso de suplicación la parte demandante, siendo impugnado por la parte contraria, pasándose los autos a la ponente para su examen y resolución por la Sala.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La revisión que se solicita de los hechos probados no puede ser estimada, ya que pretende excluir la existencia de un riesgo vascular a partir de lo que no se afirma en la historia clínica.

Como expone el Tribunal Supremo en las sentencias de 9 de julio de 1990 y de 15 de marzo de 1991 , o en la de 19 de febrero de 1991 , no cabe "fundar la denuncia de un error de hecho en la denominada alegación de prueba negativa consistente en afirmar que los hechos probados de la sentencia recurrida no lo han sido, pues con ello se desconocen las facultades del juzgador en orden a la valoración de la prueba y los límites que a la revisión del ejercicio de esas facultades impone la naturaleza extraordinaria de este recurso - sentencias de 15 de julio y 23 de octubre de 1986 , 15 de julio de 1987 , 31 de octubre de 1988 , 3 de noviembre de 1989 y 28 de noviembre de 1990 ".

Siempre que exista un mínimo de actividad probatoria, que haya permitido la valoración judicial, resulta inadmisibles la llamada prueba negativa, es decir, la revisión fundada en la simple alegación de la carencia de pruebas referidas al hecho de que se trate. Es reiterado el criterio jurisprudencial (Sentencias del Tribunal Supremo de 26-3-1996, 26-9-1995, 21-6-1994, 21-3-1990, 21-12-1989, 15-7 - 1987, 15-7-1986, 3-6-1985, etc.) conforme al cual la mera alegación de prueba negativa no puede fundar la denuncia de un error de hecho.

No puede obviarse que la sentencia no solo valoró la historia clínica sino también la pericial de los facultativos que intervinieron en la vista, de tal forma que prescindir de tales datos también supone hacerlo de la prueba valorada, cuyos criterios, en parte contrapuestos, son desgranados por la resolución de instancia.

SEGUNDO.- La referida infracción de lo establecido en el artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006 no ha de prosperar. Es la obligada consecuencia de las consideraciones fácticas contenidas en la sentencia. En este sentido es conveniente recordar, como ya en la sentencia del Tribunal Supremo de fecha 28-3-2012 (Rec. 119/2010) fue establecido la doctrina jurisprudencial de que si resulta "inalterado el relato fáctico impugnado, procede desestimar los recursos cuyo éxito venga ligado al triunfo de la revisión de los hechos que se ha desestimado, cual evidencian la alegaciones y argumentaciones contenidas en el motivo de los recursos dirigido al examen del derecho aplicado".

El reintegro de gastos médicos se limita a los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital. El artículo 4.3 del RD 1030/2006 también expresa , como ocurrió antes con el artículo 5.3 del RD 63/1995 , que el único supuesto de acceso al reembolso de gastos por acudir a la medicina privada, es el de encontrarse el beneficiario en situación de urgencia vital. En el artículo 18.3 del Decreto 2766/1967 , la denegación injustificada sí suponía una causa independiente de reintegro de gastos.

Desde una perspectiva muy constreñida puede defenderse que la normativa restringe los supuestos de reintegro a los casos expresamente establecidos. Así lo justifica el RD 63/1995 y el RD 1030/2006 frente al contenido del anterior artículo 18.3 del Decreto 2766/1967 .

Sin embargo, una interpretación amplia, la mayoritaria, permitiría incluir los casos de denegación injustificada de asistencia como causa para solicitar el reintegro emparentado tal posibilidad con una asistencia sanitaria adecuada. el RD 63/1995, de 20 de enero , y la actual regulación contenida en el artículo 4.3 RD 1030/2006 , no puede entonces ser entendida ni interpretada al margen del reconocimiento constitucional del derecho a la salud y del deber público de proteger ese bien mediante las prestaciones y servicios necesarios, deber que comprende, también la facilitación de una asistencia sanitaria efectiva cuando la misma se encuentre objetivamente justificada (STS Castilla León, Valladolid 25 septiembre 2006).

En realidad, los supuestos de urgencia vital, y de denegación de asistencia, no se presentan normalmente en su pureza conceptual, como reconoce este criterio jurisprudencial (STS 8 noviembre 1999. También en el mismo sentido puede citarse lo declarado en el voto particular a la sentencia de la Sala Cuarta de 20 de octubre de 2003), compartido por el mayoritario en este aspecto), lo hacen en circunstancias que ofrecen una compleja mezcla de las características de una y otra figura. *Este hecho permite afirmar la posibilidad de incluir los casos de denegación injustificada de asistencia en el supuesto legal actualmente en vigor de urgencia vital siempre que concurra, junto a la denegación de asistencia, una necesidad de atención urgente, inmediata y de carácter vital.*

De esta manera, *el derecho al reintegro de gastos médicos por acudir a la medicina privada existe en los supuestos*

de denegación injustificada de asistencia sanitaria, si tal denegación coloca al beneficiario en una situación de urgencia vital.

De manera bien expresiva algún tribunal ha manifestado que el antiguo supuesto de reintegro por denegación injustificada sigue existiendo, aunque haya sido " olvidado" por el RD 63/1995 STSJ Canarias 17 abril 2008 y reconociendo el derecho al reintegro en los casos de demora excesiva de la asistencia por los servicios públicos pero unida también a una situación de urgencia vital.

Por ello, sobre el papel, se entiende competente este orden jurisdiccional este orden social aunque el fundamento de la reclamación sea la denegación injustificada, como sucede en el caso actual, subsumida esta última en el supuesto legal actualmente en vigor de urgencia vital siempre que concurra, junto a la denegación de asistencia, una necesidad de atención urgente, inmediata y de carácter vital.

Tal urgencia, definida por rasgos precisos, es, sin embargo, la que no ha existido en el supuesto controvertido. Este último precepto ha sido interpretado por el Tribunal Supremo en las Sentencias de 20.10.2003 y 25.3.2004, en las que exige los siguientes requisitos: "dos positivos: que se trate de urgencia inmediata, y que sea de carácter vital. Y los otros dos negativos: que no hubiera posibilidad de utilización de los servicios de la sanidad pública y que el caso no constituya una utilización abusiva de la excepción" (Sentencias de 20 de octubre de 2003, R^o 3043/02 y de 25 de marzo de 2004, R. 1737/03).

Además, el concepto de urgencia vital ha sido interpretado por el Alto Tribunal en el sentido de entender que "no toda urgencia es vital, sino únicamente aquella que es más intensa y extremada, y que se caracteriza fundamentalmente y en los más de los casos, porque en ella está en riesgo la vida del afectado" (ATS 24.1.1997 , entre otras), constituyendo indicios que delimitan tal concepto la imprevisibilidad del suceso, esto es, ha de tratarse de una situación de necesidad que se presenta de forma súbita y repentina (SSTS de 9 de junio de 1988 y 25 de octubre de 1999) y además, *la urgencia vital debe venir acompañada de la imposibilidad de ser atendido en los servicios públicos, que puede deberse o bien al alejamiento geográfico (SSTS de 11 de junio de 1990), o a que los servicios públicos no cuenten con los medios adecuados para prestar la asistencia requerida o, cuando teniéndolos, no pudieren ser utilizados en el tiempo que la situación demandaba, siendo excesiva la tardanza (SSTS 15 de enero y 23 de marzo de 1987).*

En sentencias posteriores el Tribunal Supremo ha configurado de forma más amplia el concepto de urgencia vital que se recoge en idéntica forma en los artículos 5.3 del RD 63/95 y del vigente art. 4.3 RD 1030/2006 , destacando entre otras la Sentencia dictada el 4 de julio de 2007 (Recurso nº 2215/06) , según la cual : "1.- Conforme a la regulación vigente y a la doctrina de la Sala, en la actualidad son cuatro los requisitos exigidos para que proceda el reintegro de gastos por asistencia sanitaria ajena al sistema público. Dos de ellos positivos, cuales son que se trate de urgencia inmediata y que sea de carácter vital; y dos negativos, consistentes en que no hubiera posibilidad de utilización de los servicios de la sanidad pública y que el caso no constituya una utilización abusiva de la excepción (en tal sentido, SSTS 20/10/03 -rcud 3043/02 -; y 19/12/03 -rcud 63/03).

Sobre el concepto de "urgencia vital", la Sala Cuarta ya ha señalado que siendo dos acepciones que el término "vital" tiene en el DRAE ["perteneiente o relativo a la vida"; y "de suma importancia o trascendencia"], el problema interpretativo que presenta el art. 5 RD 63/1995 consiste en precisar si la urgencia vital se refiere únicamente al peligro de muerte inminente o si debe también incluir la pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona. Conclusión esta última que es la que se impone, pues si el autor de la norma reglamentaria hubiera querido restringir los supuestos a los propios de la primera acepción, así lo hubiera indicado [por ejemplo, con la expresión "peligro inminente de muerte"], de manera que la utilización de una fórmula más amplia ha de interpretarse acorde a la segunda de las acepciones ["suma importancia o trascendencia"], indudablemente comprensiva de los riesgos relativos a la funcionalidad de órganos importantes [entre los que incluir los ojos]; máxime teniendo en cuenta que el mandato constitucional sobre el derecho de protección a la salud [art. 43.1 CE] "no permite una interpretación mezquina del precepto que nos ocupa" (STS 20/10/03 -rcud 3043/02 -).

Por ello, la asistencia urgente a estos efectos se define no sólo por la mera urgencia de la atención, sino por el hecho de que esa urgencia determine la imposibilidad de acceso del beneficiario a los servicios de la Seguridad

Social, al tratarse de "la aparición súbita de un cuadro clínico que requiere una inmediata atención, imposibilitando acudir al servicio médico asignado" (STS de 25/10/99 -rcud 760/99 -, con cita de los precedentes de 25/09/86 , 31/10/88 , 13/10/94 -rec. 1141/94 -, 30/11/94 -rec. 293/94 -, 08/02/95 -rec. 2392/94 -, 21/12/95 - rec. 1967/95 -, 08/03/96 -rec. 2637/95 - y 07/10/96 -rec. 109/96 -; doctrina recordada en el voto particular de la STS 20/10/03-rcud 3043/02 -).

En el supuesto actual, la madre y esposa de los demandantes, Manuela , protagonizó la siguiente historia clínica:

En febrero de 2014 y tras revisión ginecológica rutinaria se le detecta una carcinomatosis peritoneal en estadio III C (tumor en ovario, con metástasis a peritoneo; se le practica laparoscopia con apreciación de carcinomatosis masiva con pelvis congelada, irreseccable en ese momento.

Tras diagnóstico inicia quimioterapia.

El 4-6-14 sufre un infarto isquémico agudo temporo-parietal izquierdo, infartos isquémicos agudos embólicos; se reanuda la quimioterapia con menor intensidad y se acredita el 26-8-14: respuesta parcial del tumor. Se realiza el 30-10-14: bypass femoropoplíteo derecha (miembro inferior derecho).

Se analiza el caso de la señora Manuela en el Comité Multidisciplinar Oncológico del hospital de Valdecilla hasta en tres ocasiones y se opta por no intervenir a la actora por medio de una citorreducción al existir riesgo vascular y probable afectación de la zona mesentérica, vasos mesentéricos incluidos (el referido Comité lo componían varios especialistas de ginecología oncológica, cirugía general, radioterapia, oncología médica, anatomía patológica, radiodiagnóstico, una psicóloga y varias enfermeras).

Finalmente, esta operación no se llevó a cabo (la mencionada intervención llegó a estar programada) aunque el jefe de servicio de Ginecología del meritado hospital, doctor Luis Francisco fue el médico personal de la señora Manuela . Este doctor era partidario de intervenir al considerar que no existía afectación de los mencionados vasos. Para desarrollar la intervención aludida era precisa la coordinación de dos servicios: cirugía ginecológica (cintura para abajo) y cirugía general (cintura para arriba).

El doctor Luis Francisco redactó el 29-10-14 derivación de paciente a otro centro, lo que motivó que la señora Manuela y su familia acudieron al centro privado MD Anderson cáncer center. Este centro trató a la citada señora y la intervino el 24-11-14 (citorreducción. Debido a mala e irregular evolución se le reinterviene el 9- 12-14 (localización de punto de fuga intestinal, aparición en cavidad abdominal de abundante contenido purulento). El 7-1-15 fallece por sepsis de probable origen intestinal (perforación de intestino).

Concretados así lo hechos y desterrando toda posibilidad de valorar otros distintos porque con ello se incurriría en el rechazable vicio procesal de la llamada "petición de principio" o «hacer supuesto de la cuestión», que se produce cuando se parte de premisas fácticas distintas a las de la resolución recurrida (SSTS - Sala Primera- de ... 01/06/10 -rec. 1028/07 -; 01/06/10 -rec 349/06 -; 02/06/10 -rec. 1138/07 -; 10/06/10 -rec 189/06 ; y 26/05/10 -rec 764/06 -, ninguna

denegación "injustificada" de intervención se produjo en el supuesto actual que justificara la apreciación de urgencia vital. Es decir, no puede obviarse la existencia de un riesgo vascular como causa adicional de la no intervención.

También carece de sentido en un recurso de naturaleza extraordinaria, ante la imposibilidad de la modificación de los hechos probados, censurar la intervención, o los informes de la profesional que intervino en el proceso y a cuyas declaraciones la sentencia otorga también verosimilitud. En definitiva, hacer una censura global a la resolución de instancia a partir de la sesgada interpretación de la pericial ya valorada o incluso de artículos científicos.

Si no se realizó la intervención, y este dato, pese a los esfuerzos dialécticos y a la extensión argumentativa, que es ajena a un recurso de naturaleza cuasicasacional (la valoración global de la pericial médica corresponde a la instancia), fue por la existencia de una deficiente vascularización, consecuencia de la hipercoagulación que es propia de los enfermos tumorales, que justifico el ictus y el incidente de vascularización en pierna derecha posteriores. También motivado por la "probable" afectación de la zona mesentérica (vasos mesentéricos incluidos) al menos discutible, dada la existencia de criterios médicos contrapuestos. Tales riesgos se hicieron efectivos, desgraciadamente, tras ser intervenida la señora y reintervenida en clínica privada, ya que falleció.

La denegación de asistencia sanitaria continúa, como decimos, siendo una hipótesis que justifica la imputación a la Administración competente de la responsabilidad de reintegrar el gasto ocasionado como consecuencia de la

prestación asistencial dada en el ámbito privado ante la necesidad de colmar aquella inasistencia por parte del Sistema Público de Salud y así tiene que ser, ya que el RD 63/1995, de 20 de enero , y la actual regulación contenida en el artículo 4.3 RD 1030/2006 , no puede ser entendida ni interpretada al margen del reconocimiento constitucional del derecho a la salud y del deber público de proteger ese bien mediante las prestaciones y servicios necesarios, deber que comprende, también, la facilitación de una asistencia sanitaria efectiva cuando la misma se encuentre objetivamente justificada.

Pero tal circunstancia es la que no se acredita, *acreditados los riesgos que, lamentablemente, se hicieron efectivos, porque la causa del fallecimiento obedece a delicada intervención que fue necesario realizar en la zona mesentérica, de forma que la negativa del Comité multidisciplinar en materia oncológica estaba justificada. Y, por otro lado, la decisión de acudir al centro privado, es comprensible pero fruto de la remisión efectuada por el doctor que asistía al actora, a título personal, y no del servicio público, ya que tal decisión no fue aprobada por la Dirección de Asistencia Sanitaria.*

En definitiva, ha de confirmarse la sentencia de instancia por la que son sus mismos (y exhaustivos) argumentos.

Vistos los artículos citados y demás de general y pertinente aplicación,

FALLAMOS

Que desestimamos el recurso interpuesto por D. Pedro Enrique , D^a Bárbara , D. Darío contra sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº Tres de Santander, con fecha 27 de septiembre de 2016 , autos 105/2016, dictada en virtud de demanda seguida por D. Pedro Enrique , D^a Bárbara y D. Darío contra Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, confirmando íntegramente dicha resolución.

Pásense las actuaciones al Sr. Letrado de la Administración de Justicia para cumplir los deberes de publicidad, notificación y registro de la sentencia.

Notifíquese la presente resolución a las partes y a la Fiscalía de la Comunidad Autónoma.

Medios de impugnación

Se advierte a las partes que contra esta sentencia cabe interponer **recurso de casación para la unificación de doctrina**, que habrá de prepararse mediante escrito, suscrito por Letrado, presentándolo en esta Sala de lo Social de Cantabria, dentro del improrrogable plazo de los **diez días** hábiles inmediatos siguientes a la fecha de notificación de la misma, con tantas copias como partes recurridas, y designando un domicilio en la sede de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, a efectos de notificaciones.

Advertencias legales

Si el recurrente hubiere sido condenado en la sentencia y no ostentara la condición de trabajador o beneficiario del régimen publico de Seguridad Social, o no gozase del beneficio de justicia gratuita, deberá acompañar, al preparar el recurso, el justificante de haber ingresado en esta Sala el importe de la condena. Pudiendo sustituir dicha **consignación** en metálico por el aseguramiento mediante aval bancario en el que expresamente se haga constar la responsabilidad solidaria del avalista. Si la condena consistiere en constituir el capital-coste de una pensión de Seguridad Social, el ingreso de éste habrá de hacerlo en la Tesorería General de la Seguridad Social, una vez se determine por ésta su importe, lo que se le comunicará por esta Sala.

El recurrente que no ostente la condición de trabajador, causahabiente suyo, o beneficiario del régimen publico de la Seguridad Social, o se trate del Ministerio Fiscal, el Estado, las Comunidades Autónomas, las Entidades Locales, los Organismos dependientes de todas ellas y quienes tuvieren reconocido el beneficio de justicia gratuita, deberá acreditar, mediante resguardo entregado en la secretaria de esta Sala de lo Social al tiempo de preparar el recurso, la consignación de un **deposito de 600 euros**.

Los ingresos a que se refieren los párrafos anteriores se deberán efectuar del siguiente modo:

Si se efectúa en una oficina del BANCO DE SANTANDER se hará en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones que esta Sala tiene abierta con el nº 3874 0000 66 1035 16.

Si se efectúa a través de transferencia bancaria o por procedimientos telemáticos, se hará en la cuenta bancaria IBAN ES55 0049 3569 92 0005001274, haciendo constar en el campo reservado al beneficiario el nombre de esta Sala

de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, y en el campo reservado al concepto el número de cuenta 3874 0000 66 1035 16.

Están exceptuados de hacer todos estos ingresos las Entidades Públicas, quienes ya tengan expresamente reconocido el beneficio de justicia gratuita o litigasen en razón a su condición de trabajador o beneficiario del régimen publico de la Seguridad Social (o como sucesores suyos), aunque si la recurrente fuese una Entidad Gestora y hubiese sido condenada al abono de una prestación de Seguridad Social de pago periódico, al anunciar el recurso deberá acompañar certificación acreditativa de que comienza el abono de la misma y que lo proseguirá puntualmente mientras dure su tramitación.

Una vez adquiera firmeza la presente sentencia, devuélvanse los autos originales, para su debida ejecución, al Juzgado de lo Social de su procedencia, dejando de ello debida nota en los Libros de esta Sala.

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

PUBLICACIÓN .- Leída y publicada fue la anterior sentencia en el día de su fecha, por el Ilmo/a. Sr/a. Magistrado Ponente que la suscribe, en la sala de audiencia de este Tribunal. Doy fe.