

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA*Sentencia 1959/2025, de 30 de junio de 2025**Sala de lo Social**Rec. n.º 2251/2024***SUMARIO:**

Reintegro de gastos médicos. Urgencia vital. Paciente que acude a la medicina privada al considerar el Sistema Nacional de Salud que no cumplía los criterios para la inclusión en la lista de espera de un trasplante hepático. En el caso analizado el actor, diagnosticado de cirrosis y carcinoma hepáticos, fue rechazado como candidato a trasplante de hígado por el equipo de trasplantes del Hospital Universitario la Fe, siendo transplantado con éxito el 8 de noviembre de 2017 en la clínica Universitaria de Navarra, ascendiendo los gastos a 114.746 euros. También consta que la sanidad pública rechazó el trasplante debido a lo avanzado de su edad, porque consideraba que no iba a ser útil para prolongar su vida libre de enfermedad, pero que si no era transplantado se acortaban significativamente sus expectativas para seguir viviendo, incrementándose su posibilidad de morir en los meses siguientes. Como fue la propia sanidad pública la que excluyó al demandante de sus servicios de salud, descartando el trasplante hepático, que era el único tratamiento posible en su estado, no puede decirse que hubiera un abandono voluntario de la sanidad pública, no pudiendo obligar al demandante a acudir a todos los hospitales públicos de la nación ni a ninguna otra instancia cuando se le ha descartado el trasplante expresamente y por decisión del Comité de Trasplantes. Se trataba, por tanto, de una cuestión vital. En cuanto a la urgencia, que se niega por la recurrente por el motivo de que la intervención en el hospital de Navarra fue programada, hay que tener en cuenta que apenas transcurrieron dos meses y 8 días desde que fue rechazado como candidato para el trasplante hasta que fue intervenido el 8 de noviembre de 2017, y que, en todo caso, se trata de una intervención de trasplante hepático, que como órgano vital del cuerpo humano no puede improvisarse, necesita cierta programación, y que, en el concreto caso examinado, se considera acreditado en la sentencia que si no era transplantado se acortaban significativamente sus expectativas para seguir viviendo, incrementándose su posibilidad de morir en los siguientes meses, concretamente dice el informe pericial asumido por el juzgador que al paciente se le informó de una supervivencia de tres meses. En este contexto, también concurre el requisito exigido por la jurisprudencia consistente en que «la actuación no constituya una utilización abusiva o desviada de la excepción», pues el demandante acudió a la sanidad privada solo cuando fue rechazado por la pública, para salvar su vida, y con éxito, habiendo comparecido a juicio 6 años después de su trasplante hepático, demostrando una calidad de vida acorde a su edad.

PONENTE:*Doña Nuria Navarro Ferrández.***SENTENCIA**

Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana
N.I.G.: 4625044420190013247

Síguenos en...

Procedimiento: Recursos de suplicación 2251/2024.

Materia: Materias seguridad social

Ilmo. Sr. e Ilmas. Sras.

D. Fco. Javier Lluch Corell, presidente

Dª. Teresa Pilar Blanco Pertegaz

Dª. Nuria Navarro Ferrández

En València, a treinta de junio de dos mil veinticinco.

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana ha dictado la siguiente,

SENTENCIA NÚMERO 1959/2025

En el recurso de suplicación 2251/24, interpuesto contra la sentencia de fecha 2 de mayo de 2024 dictada por el JUZGADO DE LO SOCIAL Nº 1 DE VALENCIA, en los autos 735/19, seguidos sobre seguridad social, a instancia de D. Luis Angel, asistido por el letrado D. Francisco Faubel Cubells, contra CONSELLERIA DE SANITAT, E INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, y en los que es recurrente LA PARTE DEMANDADA (Conselleria de Sanitat), ha actuado como ponente la Ilma. Sra. Dª Nuria Navarro Ferrández.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.

La sentencia recurrida dice literalmente en su parte dispositiva: "FALLO: "ESTIMAR la demanda interpuesta por D. Luis Angel frente a la Conselleria de Sanitat de la GVA y, en consecuencia, revoco la resolución de 14 de mayo de 2019 (y la que la confirma de 30 de julio de 2019) y CONDENO a la demandada a abonar a la parte actora la cantidad de 114.746 €, más el interés legal desde su pago.

ABSUELVO LIBREMENTE al INSS de cualquier pretensión que pudiera dirigirse frente a él en el presente procedimiento."

SEGUNDO.

En la citada sentencia se declaran como HECHOS PROBADOS los siguientes: "**PRIMERO**.-D. Luis Angel, con DNI NUM000, fue diagnosticado de cirrosis hepática y carcinoma hepático. **SEGUNDO**.-El demandante fue rechazado como candidato a trasplante hepático por el Comité de Trasplante Hepático de 30 de agosto de 2017 por "CHC Extra-Milán y Extra-Valencia (4 LOES compatibles con CHC: segmento de 8 a 24 mm, segmento 2 medial de 10mm, segmento 4 de 16mm y segmento 7 en cúpula de 6mm)" **TERCERO**.-El demandante fue transplantado con éxito el 8 de noviembre de 2017 en la clínica Universitaria de Navarra **CUARTO**.-Como consecuencia del trasplante hepático, el demandante incurrió en gastos por importe de 114.746 €, constando el 28 de junio de 2023 como completamente abonada. **QUINTO**.-En fecha 21 de noviembre de 2018 el demandante presentó solicitud de reintegro de los gastos dichos, que fue desestimada por Resolución de 14 de mayo de 2019, alegando los siguientes motivos: "1.- Que directa y expresamente se han dirigido a una asistencia de carácter privado y al margen del Sistema Nacional de Salud, sabiendo de antemano que los gastos que se produjeran serían de su única y exclusiva cuenta al renunciar tácitamente a los servicios que le correspondían dentro de la misma. 2.- Que de los documentos que se acompañan, se deduce que la asistencia que le prestaron no reunía el calificativo de urgencia vital 3.- Que la presente situación no se ajusta a lo establecido en el R.D. 1030/2006 de 15 de septiembre sobre ordenación de prestaciones sanitarias ya que no queda probado que no se pudieran haber utilizado los servicios del Sistema Nacional de Salud" Contra dicha resolución fue interpuesta reclamación administrativa previa el 8 de julio de 2019, que fue desestimada por resolución de 30 de julio de 2019. **SEXTO**.-La demanda rectora del presente procedimiento fue registrada en Decanato el 19 de septiembre de 2019. ".

TERCERO.

Síguenos en...



Contra dicha sentencia se interpuso recurso de suplicación por la parte demandada (Conselleria de Sanitat), habiendo sido impugnado.

Recibidos los autos en esta sala, se acordó la formación del rollo correspondiente y su pase al ponente.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.

1.Frente a la sentencia de instancia dictada por el Juzgado de lo Social nº1de Valencia que estima la demanda interpuesta por D. Luis Angel frente a la Consellería de Sanidad de la Generalidad Valenciana y el INSS , revoca la resolución de ésta de 14-5-2019(y la que la confirma de 30-7-2019) y condena a la demandada a abonar a la parte actora la cantidad de 114.746 euros en concepto de gastos médicos, más el interés legal desde su pago, interpone recurso de suplicación el Abogado de la Generalidad en representación de la misma .

2.En el único motivo de recurso , formulado al amparo del apartado c) del artículo 193 de la LRJS, denuncia el INSS la infracción por la sentencia recurrida del artículo 17 de la Ley 14/1986 , de 25 de abril , General de Sanidad, art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y la STS de 20-10-2003 que establece los requisitos para que proceda el reintegro de gastos por asistencia sanitaria ajena al sistema público sea procedente.

Alega la entidad recurrente que el actor acudió voluntariamente a la medicina privada, pues el equipo de trasplantes del Hospital Universitario la Fe consideró que el paciente no cumplía los criterios para la inclusión en la lista de espera de trasplante hepático, y no consta que solicitara una segunda opinión en centro de referencia del Sistema Nacional de Salud, ni al coordinador autonómico de trasplantes. Que la patología objeto del reintegro es grave, pero, no se trataba de una urgencia vital porque la intervención tenía carácter programado. En este sentido, el informe médico de la Clínica Universidad de Navarra, en el que considera que debe valorarse al actor como candidato a trasplante hepático es de fecha 2 de junio de 2017, y la intervención se produce el 8 de noviembre de 2017, por lo que difícilmente puede entenderse que concurre urgencia vital cuando pasan varios meses desde que es declarado apto hasta que se produce la intervención. Por lo tanto, no concurriendo el requisito de urgencia vital no puede ser reconocido el derecho al reintegro de los gastos sanitarios.

SEGUNDO.

1.-El art. 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la salud: "Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios".

El art. 102.3 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 30.5.1974, aún vigente, establece que "Las entidades obligadas a prestar la 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". En el mismo sentido, el art. 17 de la Ley General de Sanidad dispone que " Las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán 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".

El desarrollo reglamentario de estos supuestos se recogió en el art. 18 del Decreto 2766/1967, de 16.11, en la redacción dada por el Decreto 2575/1973, de 14.9, que establecía:

"Cuando el beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice servicios distintos de los que le hayan sido designados, las Entidades obligadas a prestar la asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos previstos en los números 3 y 4 de este artículo (...)

3. En los supuestos en que las Entidades a que se refiere el número anterior denegasen injustificadamente la prestación de la asistencia sanitaria debida, podrá reclamarse

Síguenos en...



el reintegro de los gastos efectuados por la utilización de servicios distintos de los que corresponderían, siempre que se hubiera notificado en el plazo de los quince días naturales siguientes al comienzo de la asistencia, debiendo, al solicitarse, razonar la petición y justificar los gastos efectuados.

4. Cuando la utilización de servicios médicos distintos de los asignados por la Seguridad Social haya sido debida a una asistencia urgente de carácter vital, el beneficiario podrá formular ante la Entidad obligada a prestarle asistencia sanitaria la solicitud de reintegro de los gastos ocasionados, que será acordado por ésta si de la oportuna información que se realice al efecto resultara la procedencia del mismo".

Por consiguiente, la regulación tradicional de esta materia incluía dos supuestos distintos en los que era posible reclamar el reintegro de los gastos médicos que hubiera afrontado el beneficiario de la Seguridad Social la **urgencia vital y la denegación injustificada de asistencia** por parte de los servicios de la sanidad pública (por todas, sentencias del TS de 26.4.1996, recurso 2110/1995 y 25.10.1999, recurso 760/1990). En estos casos, el beneficiario de la asistencia sanitaria recibida al margen del sistema público de salud podía reclamar el reintegro de los gastos correspondientes.

Posteriormente, el Real Decreto 63/1995, efectuó una importante reordenación de la asistencia sanitaria. Esta norma derogó expresamente el art. 18 del Decreto 2766/1967.

El art. 5 del Real Decreto 63/1995 disponía:

"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 oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción".

Los dos supuestos preexistentes (denegación de asistencia y urgencia vital) quedaron reducidos a uno (urgencia vital).

El Real Decreto 1030/2006, de 15.9, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, deroga expresamente el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, la regulación del reintegro de gastos en caso de asistencia sanitaria urgente atendida fuera del Sistema Nacional de Salud sigue siendo virtualmente idéntica. El art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006 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. 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. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte o en normas de derecho interno reguladoras de la prestación de asistencia sanitaria en supuestos de prestación de servicios en el extranjero".

2.Como hemos señalado en sentencias anteriores, de los preceptos expuestos se puede concluir que la prestación de asistencia sanitaria en nuestro Sistema de Seguridad Social no está basada en la libertad de opción del beneficiario entre la medicina pública o la privada, sino que los beneficiarios vienen obligados a acudir a los servicios médicos que "le hayan sido asignados". La razón de ello está en que nos encontramos ante una prestación en especie que tiene por objeto la recuperación de la salud de los beneficiarios, pero siempre dentro de los medios disponibles del Sistema Nacional de Salud.

La regla general expuesta que impide el reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos al Sistema Público de Salud tiene una excepción en los supuestos de urgencia vital. El concepto de urgencia vital -aunque depende de las concretas situaciones de hecho y difícilmente es susceptible de generalización- requiere, en todo caso, la necesidad de una asistencia médica urgente que de no prestarse pudiera conllevar grave riesgo para la vida o la integridad física de la persona y, por tanto, "que tal evento justifique la elección que se efectúa de los servicios médicos ajenos a la Seguridad Social".

La STS de 8 de mayo de 2012 (rcud: 2404/2011) delimitó el concepto de urgencia vital del siguiente modo:

"b).- Dada la similitud de los textos legales [arts. 5.3 RD 63/1995 y 4.3 RD 1030/2006], la doctrina tradicional sigue siendo perfectamente aplicable, por lo que -tratándose de urgencia vital- son cuatro los requisitos exigidos para que proceda el reintegro de gastos por asistencia sanitaria ajena al sistema público sea procedente. 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 o desviada de la excepción (SSTS 20/10/03 -3043/02 ; 19/12/03 -62/03 ; 04/07/07 - rcud 2215/06 ; y 31/01/12 - rcud 45/11 -).

c).- La exigencia de "la utilización de los servicios privados no constituya "una utilización desviada o abusiva", no hace sino aclarar la exigencia del legislador -que el reglamento repite- de que no se pudieron utilizar los servicios públicos "oportunamente", adverbio que el reglamento añade y que no restringe sino que amplía la posibilidad del recurso a la sanidad privada: no es preciso que los servicios públicos no dispongan en absoluto de los medios necesarios para hacer frente a la asistencia sanitaria que necesita el paciente sino que basta con que no se disponga de esos medios a su debido tiempo.... Y, en segundo lugar, el hecho de que el reglamento no hable solamente de "riesgo vital" sino que, tras repetir esa misma expresión legal, utilice también la fórmula "urgente e inmediata y de carácter vital" ... [significa que] ... el riesgo vital puede entenderse como un peligro inminente de muerte que no necesariamente concurre en los casos en que la intervención debe ser inmediata y urgente" (STS 31/01/12 -rcud 45/11 -)."

Más recientemente, la STS 682/2024, de 8 de mayo (rcud. 4754/2022) señala que "Para que proceda el reintegro de gastos, la jurisprudencia, bajo la dicción del art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006, incide en la preceptiva concurrencia de cuatro requisitos, en los que insisten las SSTS de 17 de julio de 2007, rcud 557/2006 y de 31 de enero de 2012. Previamente habían conocido de la materia, entre otras, las sentencias de la misma Sala IV de 20/10/2003 (rcud 43/2002) y 17/12/2003 (rcud 63/2003). Los requisitos a los que aludimos son: la calidad vital de la asistencia; su naturaleza urgente e inmediata; la imposibilidad de utilizar oportunamente los servicios públicos de salud; y el carácter no desviado o abusivo del manejo de los servicios."

3.-En el presente caso, consta en los hechos probados de la sentencia , cuya modificación no se ha solicitado por la recurrente, que el demandante fue diagnosticado de cirrosis hepática y carcinoma hepático ; que fue rechazado como candidato a trasplante hepático por el Comité de Trasplante Hepático de 30 de agosto de 2017 por "CHC Extra-Milán y Extra-Valencia (4 LOES compatibles con CHC: segmento de 8 a 24 mm, segmento 2 medial de 10mm, segmento 4 de 16mm y segmento 7 en cúpula de 6mm); y que fue trasplantado con éxito el 8 de noviembre de 2017 en la clínica Universitaria de Navarra, ascendiendo los gastos a 114.746 euros. También consta en la fundamentación jurídica de la sentencia , con evidente valor fáctico, que la sanidad pública rechazó el trasplante debido a lo avanzado de su edad porque consideraban que no iba a ser útil para prolongar su vida libre de enfermedad ,pero que si no era trasplantado se acortaban significativamente sus expectativas para seguir viviendo, incrementándose su posibilidad de morir en los meses siguientes, según informe pericial del Dr. Jose Ramón asumido por el magistrado de instancia. Finalmente, también se indica que tras el trasplante en la medicina privada, después de 6 años el demandante continua vivo demostrando una calidad de vida acorde a su edad.

Pues bien, con todos estos datos, no podemos sino convalidar por sus propios razonamientos la sentencia dictada por el juzgado de lo social que estima el reintegro de gastos médicos.

En efecto, se alega por la Consellería que el paciente acudió voluntariamente a la medicina privada, pues el equipo de trasplantes del Hospital Universitario La Fe consideró que no cumplía los criterios para la inclusión en la lista de espera de trasplante hepático, y no consta que solicitara una segunda opinión en centro de referencia del Sistema Nacional de Salud, ni al coordinador autonómico de trasplantes. Sin embargo, fue la propia sanidad pública la que excluyó al demandante de sus servicios de salud, descartando el trasplante hepático, que era el único tratamiento posible en su estado, por lo que no hubo un abandono voluntario de la sanidad pública, no pudiendo obligar al demandante a acudir a todos los hospitales públicos de la nación ni a ninguna otra instancia cuando se le ha descartado el trasplante expresamente y por decisión del Comité de Trasplante. No obstante, como dice el impugnante, consta en el expediente administrativo de la Consellería que cuando se le comunicó por el Hospital la decisión del Comité de Trasplante, en octubre de 2017, antes de ser intervenido en la clínica privada, formuló queja en Atención al Paciente del citado Hospital, que fue desestimada.

También estamos de acuerdo con la sentencia en que se trataba de una cuestión vital pues la sanidad pública rechazó el trasplante debido a lo avanzado de su edad y porque consideraban que no iba a ser útil para prolongar su vida libre de enfermedad, pero el trasplante hepático era la única posibilidad de supervivencia. Y, en cuanto a la urgencia, que se niega por la recurrente por el motivo de que la intervención en el hospital de Navarra fue programada, hay que tener en cuenta que apenas transcurrieron dos meses y 8 días desde que fue rechazado como candidato para el trasplante por el Hospital La Fe el día 30-8-2017 hasta que fue intervenido el día 8-11-2017, y que, en todo caso, se trata de una intervención de trasplante hepático, que como órgano vital del cuerpo humano no puede improvisarse, necesita cierta programación, y que, en el concreto caso examinado, se considera acreditado en la sentencia que si no era transplantado se acortaban significativamente sus expectativas para seguir viviendo, incrementándose su posibilidad de morir en los siguientes meses, concretamente dice el informe pericial asumido por el juzgador que "al paciente se le informó de una supervivencia de tres meses".

Finalmente, también concurre en este caso el requisito exigido por la jurisprudencia consistente en que "la actuación no constituya una utilización abusiva o desviada de la excepción", pues el demandante acudió a la sanidad privada solo cuando fue rechazado por la pública, para salvar su vida, y con éxito, habiendo comparecido a juicio 6 años después de su trasplante hepático, demostrando una calidad de vida acorde a su edad.

Por todo lo expuesto, procede la confirmación de la sentencia recurrida, previa desestimación del recurso.

TERCERO.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 235.1 de la LRJS, en relación con el artículo 2.d) de la Ley 1/1996, de 10 de enero, de Asistencia Jurídica Gratuita, no procede la imposición de costas al gozar el recurrente del beneficio de justicia gratuita.

F A L L O

Desestimamos el recurso de suplicación interpuesto en nombre de la Consellería de Sanidad de la Generalidad Valenciana contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº. 1 de Valencia de fecha 2 de mayo de 2024(autos 735/2019); y, en consecuencia, confirmamos la resolución recurrida.

Notifíquese la presente resolución a las partes y al Ministerio Fiscal, indicando que contra la misma cabe recurso de Casación para la unificación de doctrina, que podrá prepararse dentro del plazo de los DIEZ DÍAS hábiles siguientes a la notificación, mediante escrito dirigido a esta Sala, indicando como destinatario expresamente: "Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de Valencia, Valencia/València [4625034000]", advirtiendo que quien no tenga la condición de trabajador, no sea beneficiario del sistema público de la Seguridad Social o no tenga reconocido el derecho de asistencia jurídica gratuita, deberá depositar la cantidad de 600'00 € en la cuenta que la Secretaría tiene abierta en el Banco de Santander. El depósito se puede efectuar en metálico, en la cuenta y con los datos siguientes: **4545 0000 35 2251 24**, o por transferencia a la cuenta centralizada siguiente: **ES55 0049 3569 9200 05001274**, añadiendo a continuación en la casilla "concepto" los datos señalados para el ingreso en metálico. Asimismo, de existir condena dineraria,

deberá efectuar en el mismo plazo la consignación correspondiente en dicha cuenta, indicando la clave **66**en lugar de la clave **35**. Transcurrido el término indicado, sin prepararse recurso, la presente sentencia será firme.

Una vez firme esta sentencia, devuélvanse los autos al Juzgado de lo Social de referencia, con certificación de esta resolución, diligencia de su firmeza y, en su caso, certificación o testimonio de la posterior resolución que recaiga.

Así se acuerda y firma.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada, fuera de los casos previstos en una Ley, solo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que el mismo contuviera y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución, y en los documentos adjuntos a la misma, no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines distintos a los previstos en las leyes.

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ).