

TRIBUNAL SUPREMO
Auto de 12 de noviembre de 2025
Sala de lo Contencioso-Administrativo
Recurso n.º 7468/2024

SUMARIO:

Precios públicos sanitarios. *Mutualismo administrativo no adscrito al Sistema Nacional de Salud. Proceso asistencial completo iniciado por urgencia.* El mutualista precisó de asistencia sanitaria cuyo coste económico le fue liquidado por la Administración a ASISA. Se giraron dos liquidaciones de precios públicos correspondientes a las asistencias prestadas al afiliado a MUFACE y adscrito a la entidad aseguradora ASISA, como consecuencia de un accidente de tráfico. La Administración tributaria, conforme a lo dispuesto en el art.89.1 LGT, acogió la referida interpretación ya que, «(l)os órganos de la Administración tributaria encargados de la aplicación de los tributos deberán aplicar los criterios contenidos en las consultas tributarias escritas a cualquier obligado, siempre que exista identidad entre los hechos y circunstancias de dicho obligado y los que se incluyan en la contestación a la consulta». La cuestión que presenta interés casacional consiste en determinar si, en los supuestos en que un mutualista incluido en el régimen del mutualismo administrativo no adscrito al Sistema Nacional de Salud es atendido de urgencia en un centro público y continúa con actuaciones programadas hasta la obtención del alta médica, la entidad aseguradora concertada con la mutualidad ostenta la condición de tercero obligado al pago, conforme al art. 83 Ley General de Sanidad y disposiciones concordantes, a los efectos de precisar si corresponde exigirle el precio público derivado del proceso asistencial completo iniciado por urgencia.

TRIBUNAL SUPREMO**AUTO****Magistrados/as**

JOSE MANUEL BANDRES SANCHEZ-CRUZAT
DIEGO CORDOBA CASTROVERDE
JOSE LUIS REQUERO IBÁÑEZ
RAFAEL TOLEDANO CANTERO
ANGELES HUET DE SANDE

TRIBUNAL SUPREMO**SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO****SECCIÓN: PRIMERA****A U T O**

Fecha del auto: 12/11/2025

Tipo de procedimiento: R. CASACION

Número del procedimiento: 7468/2024

Materia:

Submateria:

Fallo/Acuerdo: Auto Admisión

Ponente: Excmo. Sr. D. Rafael Toledano Cantero

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Celia Redondo Gonzalez

Secretaría de Sala Destino: 002

Transcrito por:

Nota:

R. CASACION núm.: 7468/2024

Ponente: Excmo. Sr. D. Rafael Toledano Cantero

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Celia Redondo Gonzalez

TRIBUNAL SUPREMO**SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO**

Síguenos en...



SECCIÓN: PRIMERA**A U T O**

Excmos. Sres. y Excma. Sra.
D. José Manuel Bandrés Sánchez-Cruzat, presidente
D. Diego Córdoba Castroverde
D. José Luis Requero Ibáñez
D. Rafael Toledano Cantero
D.ª Ángeles Huet De Sande
En Madrid, a 12 de noviembre de 2025.

HECHOS

PRIMERO.- Proceso de instancia y resolución judicial recurrida.

La representación procesal de ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. ASISA, interpuso recurso contencioso frente a la resolución dictada por la Comisión Superior de Hacienda de Castilla-La Mancha. El recurso, seguido con el núm. 606/2021, fue estimado en sentencia de 20 de junio de 2024, dictada por la Sección Segunda de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia [«TSJ»] de Castilla-La Mancha.

Se exponen a continuación los hechos relevantes a efectos del trámite de admisión del presente recurso de casación.

El paciente asistido por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) estaba afiliado a MUFACE en el momento en que sufrió un accidente de circulación contando en ese momento con tarjeta sanitaria de ASISA.

El mutualista precisó de asistencia sanitaria cuyo coste económico le fue liquidado por la Administración a ASISA. Se giraron dos liquidaciones de precios públicos correspondientes a las asistencias prestadas al Sr. Víctor como consecuencia del accidente de tráfico. En primer lugar, la liquidación núm. 138-20 por importe de 6.516,51 euros por el ingreso hospitalario del paciente desde el 3 al 25 de julio de 2017. En segundo término, la liquidación núm. NUM000 por importe de 572,22 euros, por seis consultas sucesivas del paciente y una radiografía simple.

Frente a estas liquidaciones ASISA presentó reclamaciones económico-administrativas ante la Comisión Superior de Hacienda de Castilla-La Mancha que, mediante resolución de 16 de junio de 2021 acordó:

«- Estimar parcialmente la reclamación económico-administrativa, tramitada con número NUM001, interpuesta por D. Ruperto, en nombre y representación de ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros S.A.U, frente a la liquidación factura de fecha 29-1-2020 número NUM002 emitida por importe de 6.015,24 euros.

- Anular la liquidación factura número NUM002. En sustitución de ésta se deberá emitir y girar a ASISA como obligada al pago una nueva liquidación por importe total a ingresar de 4.346,00 euros, de conformidad con lo explicado en el fundamento de derecho octavo (último párrafo).

- Desestimar la reclamación económico-administrativa NUM003, interpuesta por D. Ruperto, en nombre y representación de ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros S.A.U., frente a la liquidación factura de fecha 29-1-2020 y número NUM000 que fue emitida por importe de 572,22 € ratificando la misma en todos sus extremos».

Disconforme con la mencionada resolución, ASISA interpuso recurso contencioso-administrativo, seguido con el núm. 606/2021, que fue estimado en sentencia de 20 de junio de 2024, dictada por la Sección Segunda, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha.

La cuestión litigiosa que aquí se plantea se circunscribe exclusivamente a la procedencia de la liquidación número NUM000, por importe de 572,22 euros, correspondientes a varias consultas médicas sucesivas y una radiografía practicadas al mutualista por el Sescam, afiliado a MUFACE y adscrito a la entidad aseguradora ASISA, como consecuencia de un accidente de tráfico.

La *ratio decidendi* de la sentencia y respecto a lo que a esta casación interesa se contiene en el Fundamento de Derecho tercero con el siguiente tenor literal:

«Pues bien, en este caso, según se desprende del expediente administrativo y la documentación aportada por las partes, el Sr. Víctor acudió, tras haberse sometido a intervención quirúrgica, a distintas consultas médicas, realizándole, en una de ellas, una radiografía. Dichas consultas fueron programadas, sin que existiera, por tanto, en dicho momento, una situación de urgencia vital. Por otro lado, la actora ha acreditado a través del Catálogo de Proveedores de ASISA para MUFACE en Toledo del año 2017, la disposición de medios en Talavera de la Reina para haber atendido al mutualista (documento nº 9 de la demanda).

Síguenos en...



Por tanto, de acuerdo con la normativa anteriormente expuesta, no se puede trasladar el coste a la aseguradora y, en consecuencia, procede anular la Resolución dictada por la Comisión Superior de Hacienda de Castilla La Mancha de 16 de junio de 2021, en la medida en la que desestima la reclamación económico-administrativa frente a la liquidación número NUM000 que fue emitida por importe de 572.22 €.».

La citada sentencia constituye el objeto del presente recurso de casación.

SEGUNDO.- Preparación del recurso de casación.

1.Tras justificar la concurrencia de los requisitos reglados de plazo, legitimación y recurribilidad de la resolución impugnada, la parte recurrente identifica como infringidos:

- El artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [«LGS»].
- La Disposición adicional décima del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social [«LGSS»].
- El artículo 10 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- El artículo 2.7 y el anexo IX 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.
- El artículo 17 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado [«LSSFCE»].
- El artículo 78 del Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

2.Razona que tales infracciones han sido relevantes y determinantes de la decisión adoptada en la resolución recurrida, toda vez que la Sala de instancia desvía el régimen legal de terceros obligados al pago y rompe indebidamente la unidad del proceso asistencial, con el efecto práctico de trasladar el coste al mutualista.

En particular, apunta la preparación que «la sentencia disocia la primigenia asistencia médica (ingreso hospitalario con intervención quirúrgica) y la posterior asistencia médica que se programó tras el alta hospitalaria», cuando «no puede fragmentarse o trocearse» la asistencia iniciada por urgencia hasta el alta médica definitiva, pues se trata de un «proceso terapéutico único e indivisible» exigido por la *lex artis*(artículos 13 LSSFCE y concordantes).

Por ello, argumenta que el precio público de los servicios sanitarios prestados por los servicios públicos a los mutualistas debe exigirse, conforme al artículo 83 de la LGS, «a los terceros obligados al pago», que en este caso son las entidades aseguradoras que actúan por cuenta de las mutualidades, de conformidad con los artículos 10 de la Ley 16/2003, 2.7 y anexo IX del Real Decreto 1030/2006, 17 de la Ley de Seguridad de los Funcionarios Civiles del Estado y 78 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo. En consecuencia, sostiene la parte recurrente que la *Sala a quo*, al excluir a la aseguradora como tercero obligado al pago y anular la liquidación girada frente a ella, desvirtúa el sistema legal de financiación del mutualismo administrativo y traslada indebidamente el coste al mutualista.

3.Subraya que la norma que entiende vulnerada forma parte del Derecho estatal o del de la Unión Europea.

4.Considera que concurre interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia porque se dan las circunstancias contempladas en las letras b) y c) del artículo 88.2 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa [«LJCA»] y la presunción contenida en la letra a), del artículo 88.3 de la misma ley.

4.1.La doctrina fijada por la Sala de instancia puede ser gravemente dañosa para los intereses generales [artículo 88.2.b) de la LJCA], puesto que «contempla el proceso asistencial como algo divisible [...]. De otra parte, para el derecho a la salud de los mutualistas, pues la sentencia sitúa a estos como terceros responsables del pago de los precios públicos devengados como consecuencia de las asistencias sanitarias que se hubieran programado por los facultativos de los Servicios Públicos de Salud dentro de los procesos asistenciales que se hubiesen iniciado ante ellos de una forma urgente e inaplazable, como es el caso de un accidente de circulación vial». Advierte la preparación que, el interés general invocado deriva de la «defensa de la correcta prestación sanitaria, mediante la puesta en práctica de un proceso asistencial único e indivisible que comienza cuando existe un grave problema de salud y que no finaliza hasta la expedición de la correspondiente alta médica (verdadero "interés general" que proclama nuestra CE de conformidad con el art. 41 CE)».

4.2.La doctrina que sienta la sentencia recurrida afecta a un gran número de situaciones, bien en sí misma o por trascender del caso objeto del proceso [artículo 88.2.c) LJCA], en cuanto

«aborda un problema con una evidente proyección de generalidad si se atiende a las cifras de mutualistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS que en algún momento de sus vidas son atendidos por los Servicios Públicos de Salud». En este sentido, señala la parte recurrente que «en los dos últimos años y medio, solamente en una de las cuatro Gerencias con las que cuenta el SESCAM en la provincia de Albacete se han emitido cerca de 5.000 liquidaciones por asistencias sanitarias a mutualistas no adscritos al SNS, lo que demuestra que la proyección de la cuestión jurídica de este asunto más allá del caso concreto».

4.3. Se han aplicado normas en las que se sustenta la razón de decidir sobre las que no existe jurisprudencia [artículo 88.3.a) LJCA] en el sentido de que la interpretación y el alcance en la aplicación de los preceptos alegados en esta preparación, «no puede, ni debe desvincularse de otros autos de casación que han sido admitidos para la formación de jurisprudencia». Sin embargo, en este supuesto «se da un paso más allá, pues aquí no se discute que los Servicios Públicos de Salud tengan el derecho y el deber legal de liquidar el precio público, sino que lo que se discute es a quién se le debe liquidar un precio público que se liquida con motivo de una asistencia sanitaria que ha sido programada tras una inicial asistencia médica urgente e inaplazable».

5. Por todo lo expuesto reputa conveniente un pronunciamiento del Tribunal Supremo, para: «Determinar si cabe considerar como terceros obligados al pago, en el sentido que deriva del artículo 83 LGS, desarrollado en el artículo 2.7 y en el Anexo IX RD 1030/2006, a las entidades aseguradoras que colaboran con las mutualidades de MUFACE, MUGEJU e ISFAS por medio de concierto, y de poder serlo, bajo qué concretas condiciones en los casos en que se continúe atendiendo en los Servicios Públicos de Salud del SNS a los mutualistas que ingresaron en un centro sanitario de titularidad pública demandando una asistencia sanitaria urgente e inaplazable».

TERCERO.- Auto teniendo por preparado el recurso de casación y personación de las partes ante la Sala Tercera del Tribunal Supremo.

La Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha tuvo por preparado el recurso de casación en auto de 27 de septiembre de 2024, habiendo comparecido el letrado de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha como parte recurrente, ante esta Sala Tercera del Tribunal Supremo, dentro del plazo señalado en el artículo 89.5 LJCA.

De igual modo lo ha hecho como parte recurrida la representación procesal de Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros SAU, ASISA.

Es Magistrado Ponente el Excmo. Sr. D. Rafael Toledano Cantero, Magistrado de la Sección.

RAZONAMIENTOS JURÍDICOS

PRIMERO.- *Requisitos formales del escrito de preparación.*

1. El escrito de preparación fue presentado en plazo (artículo 89.1 de la LJCA), la sentencia contra la que se dirige el recurso es susceptible de recurso de casación (artículo 86 de la LJCA, apartados 1 y 2) y el letrado de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, se encuentra legitimado para interponerlo, al haber sido parte en el proceso de instancia (artículo 89.1 LJCA).

2. En el escrito de preparación se acredita el cumplimiento de tales requisitos reglados y se identifican con precisión las normas del ordenamiento jurídico estatal que fueron alegadas en la demanda y tomadas en consideración por la Sala de instancia. También se justifica que las infracciones imputadas a la sentencia han sido relevantes para adoptar el fallo impugnado [artículo 89.2 de la LJCA, letras a), b), d) y e)].

3. El repetido escrito fundamenta especialmente que concurre interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia porque la sentencia impugnada fija una doctrina (i) gravemente dañosa para los intereses generales [artículo 88.2.b) de la LJCA], (ii) que afecta a un gran número de situaciones [artículo 88.2.c) de la LJCA] y (iii) sobre la que no existe jurisprudencia [artículo 88.3.a) de la LJCA]. De las razones que ofrece para justificarlo se infiere la conveniencia de un pronunciamiento del Tribunal Supremo, por lo que se cumple también el requisito exigido por el artículo 89.2.f) de la LJCA.

SEGUNDO.- *Cuestiones litigiosas y marco jurídico.*

La cuestión litigiosa objeto del presente recurso se centra en determinar si resulta ajustado a Derecho trasladar a la entidad aseguradora colaboradora con MUFACE (ASISA) el precio público correspondiente a la asistencia sanitaria programada -seis consultas médicas y una radiografía-

prestada en un centro público al mutualista que, con anterioridad, había sido atendido de urgencia por el mismo proceso patológico.

La sentencia de instancia circunscribe expresamente la controversia a la liquidación núm. NUM000, por importe de 572,22 euros, al señalar que la liquidación NUM002 «fue anulada por la Resolución dictada por la Comisión Superior de Hacienda de Castilla-La Mancha de 16 de junio de 2021» y que «el suplico de la demanda únicamente insta la anulación de la liquidación NUM000» (fundamento jurídico segundo). En relación con esta última, la Sala declara que «dichas consultas fueron programadas, sin que existiera, por tanto, en dicho momento, una situación de urgencia vital» y concluye que «no se puede trasladar el coste a la aseguradora y, en consecuencia, procede anular la Resolución [...] en la medida en la que desestima la reclamación económico-administrativa frente a la liquidación número NUM000» (FJ tercero).

En este contexto, el debate casacional se proyecta sobre la determinación de quién ostenta la condición de tercero obligado al pago, conforme al artículo 83 de la Ley General de Sanidad, cuando, iniciado por urgencia el proceso asistencial de un mutualista no integrado en el Sistema Nacional de Salud, éste continúa recibiendo asistencia programada en un hospital público hasta la obtención del alta médica definitiva.

Las normas que han de ser objeto de interpretación son: el artículo 83 de la LGS; la Disposición adicional décima de la LGSS; el artículo 10 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; el artículo 2.7 y el anexo IX del Real Decreto 1030/2006; el artículo 17 de la LSSFCE y el artículo 78 del Real Decreto 375/2003.

TERCERO.- Verificación de la concurrencia de interés casacional objetivo en el recurso.

El presente recurso presenta interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia porque la cuestión planteada puede ser gravemente dañosa para los intereses generales [artículo 88.2.b) de la LJCA] y afecta a un gran número de situaciones [artículo 88.2.c) LJCA], lo que hace conveniente un pronunciamiento del Tribunal Supremo que la esclarezca, toda vez que se suscita la interpretación de normas de Derecho estatal respecto de las cuales no existe jurisprudencia de esta Sala sobre la concreta controversia planteada [artículo 88.3.a) de la LJCA].

En efecto, puede apreciarse que la cuestión no es totalmente nueva y en la sentencia 1272/2023, de 17 de octubre, del Tribunal Supremo (RCA 5769/2022), donde debíamos determinar si el gasto ocasionado por la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Madrileño de Salud a un paciente afectado por la enfermedad denominada Covid-19 que es beneficiario de MUFACE debe ser soportado por el sistema público sanitario al constituir una excepción a los servicios sanitarios que se deben proveer por la mutualidad o, por el contrario, procede la liquidación de un precio público a fin de reclamar a la compañía aseguradora que colabora por medio de concurso con la mencionada mutualidad, el gasto generado por la mencionada asistencia, fijamos la siguiente doctrina:

«Por la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Madrileño de Salud a un paciente afectado por la enfermedad denominada COVID-19 que es beneficiario de MUFACE, procede la liquidación de un precio público a fin de reclamar a la compañía aseguradora, que colabora por medio de concurso con la mencionada mutualidad, el gasto generado por la asistencia» (FJ tercero).

En cuestiones relacionadas con el objeto de esta casación, la Sala se ha pronunciado en diversas ocasiones [entre otras, en las sentencias 1273/2023, de 17 de octubre (rec. 6210/2022), 1326/2024, de 18 de julio (rec. 1869/2023) y 116/2025, de 4 de febrero (rec. 5119/2022)], precisando el alcance del artículo 83 de la LGS y el régimen de repercusión del coste de la asistencia sanitaria cuando intervienen mutualidades administrativas y entidades aseguradoras concertadas. Ahora bien, ninguna de ellas aborda de forma directa la concreta hipótesis que aquí se suscita, relativa a la determinación del tercero obligado al pago cuando, iniciado por urgencia el proceso asistencial de un mutualista no adscrito al Sistema Nacional de Salud (SNS), este continúa con actuaciones programadas en un centro público hasta la obtención del alta médica, y se anula la liquidación girada a la entidad aseguradora por tales actuaciones. Todo lo expuesto evidencia la necesidad de un pronunciamiento de esta Sala que permita establecer y completar nuestra jurisprudencia sobre la identificación del tercero obligado al pago - artículo 83 de la LGS- en los supuestos de continuidad asistencial programada tras una asistencia urgente inicial a mutualistas no adscritos al SNS, y sobre la procedencia de repercutir el precio público al mutualista o a la entidad aseguradora concertada.

CUARTO.- Admisión del recurso de casación. Normas objeto de interpretación.

Síguenos en...

1. Conforme a lo indicado anteriormente, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 88.1 LJCA, en relación con el artículo 90.4 de la misma norma, esta Sección de admisión aprecia que este recurso presenta interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia, respecto de la siguiente cuestión:

Determinar si, en los supuestos en que un mutualista incluido en el régimen del mutualismo administrativo no adscrito al Sistema Nacional de Salud es atendido de urgencia en un centro público y continúa con actuaciones programadas hasta la obtención del alta médica, la entidad aseguradora concertada con la mutualidad ostenta la condición de tercero obligado al pago, conforme al artículo 83 de la Ley General de Sanidad y disposiciones concordantes, a los efectos de precisar si corresponde exigirle el precio público derivado del proceso asistencial completo iniciado por urgencia.

2. A estos efectos, el recurrente plantea la necesidad de interpretar:

2.1. El artículo 83, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que dispone:

«Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes.

A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados».

2.2. La Disposición adicional décima del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social [«LGSS»].

2.3. El artículo 10 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece:

«1. Las prestaciones que establece esta ley son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago. Las comunidades autónomas deberán destinar a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. Los sistemas de garantías que prevé esta ley son asimismo responsabilidad financiera de las comunidades autónomas.

2. La suficiencia para la financiación de las prestaciones y de las garantías establecidas en esta ley viene determinada por los recursos asignados a las comunidades autónomas conforme a lo establecido en la mencionada Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y de acuerdo con el principio de lealtad institucional, en los términos del artículo 2.1.e) de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.

3. De acuerdo con el apartado anterior, la inclusión de una nueva prestación en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud se acompañará de una memoria económica que contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer. Dicha memoria se elevará al Consejo de Política Fiscal y Financiera para su análisis en el contexto de dicho principio de lealtad institucional».

2.4. El artículo 2.7 y el anexo IX 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.

2.5. El artículo 17 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado [«LSSFCE»], que dispone:

«1. La asistencia sanitaria se facilitará por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, bien directamente o por concierto con otras entidades o establecimientos públicos o privados. Estos conciertos se establecerán preferentemente con instituciones de la Seguridad Social.

2. La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado no abonará los gastos que puedan ocurrir cuando el beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice servicios médicos distintos de los que le hayan sido asignados, a no ser en los casos que se establezcan en el Reglamento General del Mutualismo Administrativo».

2.6. El artículo 78 del Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo, que señala:

«1. El beneficiario que, por decisión propia o de sus familiares, utilice servicios sanitarios distintos de los que le correspondan, abonará, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, sin perjuicio de lo previsto en los párrafos siguientes:

a) Cuando la mutualidad facilite directamente la asistencia sanitaria y el beneficiario utilice servicios sanitarios distintos de los que tenga asignados por denegación injustificada de asistencia sanitaria o por asistencia urgente de carácter vital, competirá a aquélla dictar resolución con el fin de proceder, en su caso, al reintegro de gastos, siempre que en el segundo caso se notifique a la mutualidad el comienzo de dicha asistencia en el plazo de 15 días.

b) Cuando un beneficiario esté adscrito a una entidad privada concertada por la mutualidad podrá utilizar servicios sanitarios distintos de los de dicha entidad en las siguientes circunstancias:

1.^a Si la asistencia sanitaria solicitada le ha sido denegada por parte de dicha entidad y esta denegación ha sido injustificada, de acuerdo con lo estipulado en los conciertos vigentes en cada momento. En este supuesto podrá hacer uso de servicios sanitarios distintos de los que le correspondan y reclamar el reintegro de los gastos ocasionados por éstos.

2.^a Si la utilización de dichos servicios sanitarios ha sido debida a una asistencia urgente de carácter vital. En este caso, el interesado podrá reclamar el reintegro de los gastos ocasionados por ésta, siendo indispensable que se notifique el comienzo de la asistencia sanitaria a la entidad de adscripción del beneficiario en los plazos, términos y condiciones que se establezcan en los oportunos conciertos.

En caso de discrepancia sobre la procedencia del reintegro en las circunstancias previstas en los dos supuestos anteriores, corresponde a la mutualidad su apreciación y resolución, sin perjuicio de los posibles procedimientos de reclamación por parte de los beneficiarios previstos en los respectivos conciertos.

2. No obstante, cuando un beneficiario esté adscrito a efectos de asistencia sanitaria a un organismo público y haga uso de servicios sanitarios distintos de los que le correspondan, estará sujeto a lo que la normativa legal y de procedimiento del correspondiente organismo disponga para las situaciones de utilización de medios ajenos, así como a su régimen jurisdiccional».

QUINTO.- Publicación en la página web del Tribunal Supremo.

Conforme a lo dispuesto por el artículo 90.7 de la LJCA, este auto se publicará íntegramente en la página web del Tribunal Supremo.

SEXTO.- Comunicación y remisión.

Procede comunicar inmediatamente a la Sala de instancia la decisión adoptada en este auto, como dispone el artículo 90.6 de la LJCA, y conferir a las actuaciones el trámite previsto en los artículos 92 y 93 de la LJCA, remitiéndolas a la Sección Segunda de esta Sala, competente para su sustanciación y decisión de conformidad con las reglas de reparto.

Por todo lo anterior,

LA SECCIÓN DE ADMISIÓN ACUERDA:

1º) Admitir el recurso de casación núm. 7468/2024, preparado por el letrado de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, contra la sentencia dictada el 20 de junio de 2024, por la Sección Segunda de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha.

2º) La cuestión que presenta interés casacional objetivo para la formación de la jurisprudencia consiste en:

Determinar si, en los supuestos en que un mutualista incluido en el régimen del mutualismo administrativo no adscrito al Sistema Nacional de Salud es atendido de urgencia en un centro público y continúa con actuaciones programadas hasta la obtención del alta médica, la entidad aseguradora concertada con la mutualidad ostenta la condición de tercero obligado al pago, conforme al artículo 83 de la Ley General de Sanidad y disposiciones concordantes, a los efectos de precisar si corresponde exigirle el precio público derivado del proceso asistencial completo iniciado por urgencia.

3º) Identificar como normas jurídicas que, en principio, habrán de ser objeto de interpretación:

- El artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- La Disposición adicional décima del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- El artículo 10 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

- El artículo 2.7 y el anexo IX 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.

- El artículo 17 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

- El artículo 78 del Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

Ello sin perjuicio de que la sentencia haya de extenderse a otras si así lo exigiere el debate finalmente trabado en el recurso, *ex artículo 90.4 de la LJCA*.

4º)Publicar este auto en la página web del Tribunal Supremo.

5º)Comunicar inmediatamente a la Sala de instancia la decisión adoptada en este auto.

6º)Para su tramitación y decisión, remitir las actuaciones a la Sección Segunda de esta Sala, competente de conformidad con las normas de reparto.

El presente auto, contra el que no cabe recurso alguno, es firme (artículo 90.5 de la LJCA).

Así lo acuerdan y firman.

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