

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-**TRIBUNAL SUPREMO**

Sentencia 170/2019, de 13 de febrero de 2019

Sala de lo Contencioso-Administrativo

Rec. n.º 2770/2017

SUMARIO:

Precios públicos por asistencia sanitaria. Reclamación a terceros. Aseguradora privada. Asistencia sanitaria. Reintegro de gastos médicos. CC.AA. Galicia. Tributos propios. Precios públicos. Precio público por prestación de asistencia sanitaria. Lo que resulta de las prescripciones legales aplicables es lo siguiente:

-El principio de igualdad que rige en la prestación de los servicios que ha de dispensar el Sistema Nacional de Salud [SNS] y el principio de aseguramiento universal y público por parte del Estado;

-Las dos modalidades de usuario con las que se puede acceder a los servicios sanitarios son usuarios con derecho a la asistencia de los Servicios de Salud; y usuarios sin ese derecho, que pueden acceder a los servicios sanitarios con la condición de pacientes privados; y

-La posibilidad de facturar a estos pacientes privados del SNS la atención que hayan recibido, tomando como base sus costes efectivos y teniendo los correspondientes importes la condición de ingresos propios de los Servicios de Salud.

Asimismo, cabe hablar de un usuario directo, que es la persona que recibe directamente la atención sanitaria; y de un usuario indirecto, que es el sujeto o entidad privada que, en virtud de una relación de esta naturaleza, asume el compromiso ante determinada persona de prestarle asistencia sanitaria y, ante la dificultad de poder cumplirlo, originada por cualquier circunstancia, deriva a ese paciente particular suyo al SNS y solicita a éste último que le sustituya en la dispensa de esa asistencia a la que se había comprometido con su paciente particular.

Por otro lado, el cuadro de relaciones con el SNS incluye a los terceros que resultan obligados al pago de las atenciones o prestaciones sanitarias que hayan sido facilitadas directamente a otras personas por dicho SNS; que dicha obligación de pago puede resultar de cualquiera de los títulos que enumera el anexo IX; que, entre estos títulos, su punto 7.c) incluye el supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes; y que el usuario indirecto obligado a soportar la facturación según lo dispuesto en el art. 16.3 Ley 14/1986 (Ley General de Sanidad) resulta encuadrable en ese supuesto del punto 7.c) que acaba de mencionarse.

En conclusión, las atenciones o servicios sanitarios dispensadas por el SNS podrán ser reclamadas a los sujetos jurídicos o entidades siguientes:

-a las personas físicas que, a solicitud de ellas mismas, hayan recibido directamente la asistencia sanitaria;

-a los sujetos o entidades sanitarias que actúan como usuarios indirectos del SNS, por actuar en relación con personas físicas frente a las que asumieron el compromiso de dispensarles asistencia sanitaria encuadrable en una relación de derecho privado y, ante las dificultades de hacerlo con sus propios medios, derivaron a aquellas hacia el SNS y solicitaron de este que efectuara esta dispensa; y

-que éstos últimos resultan encuadrables en el supuesto de terceros obligados que enumera el apartado 7.c) del anexo IX al que se remite el art. 2.7 RD 1030/2006 (Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud).

Aplicado todo ello a los hechos analizados en los autos -solicitud de asistencia sanitaria por dos personas en su condición de asegurados de una aseguradora privada; recepción bajo dicha condición en una clínica privada, sin constancia de que dicha clínica manifestara a los pacientes que la asistencia sanitaria que requerían no tenía cobertura en su póliza de seguro; y traslado de los pacientes por dicha clínica privada, ante su imposibilidad de dispensar esa asistencia, a un centro del SERGAS- permite reconocer la condición de usuario privado del SNS en la citada aseguradora y, consiguientemente, la de obligado a soportar, en virtud de lo establecido en el art. 16.3 Ley 14/1986 (Ley General de Sanidad) la facturación de la asistencia sanitaria dispensada, a su instancia, por resultar encuadrable en el supuesto del punto 7.c) del Anexo IX al que remite el art. 2.7 RD 1030/2006 (Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud).

De no concluirse así, en el concreto relato fáctico que aquí ha de ser considerado, podría favorecerse una práctica de aseguramientos privados de asistencia sanitaria que resultaría indebida por ser contraria a los intereses de los asegurados porque, tras ofrecerse a estos, a cambio de la correspondiente aportación económica, una alternativa a la asistencia sanitaria del SNS de la que ya dispondrían como afiliados de la Seguridad Social, serían finalmente trasladados al SNS a pretexto de la imposibilidad o incapacidad del centro sanitario de la aseguradora privada, convirtiendo de esta manera en inútil el seguro privado y la correspondiente aportación económica para mantenerlo.

Una última puntualización: la asunción del SNS de la asistencia sanitaria dispensada a esos asegurados, después de haber acudido a su aseguradora, resultará procedente cuando conste de manera clara que estos, o sus representantes, la hayan reclamado directamente del SNS tras habersele comunicado por dicha aseguradora la imposibilidad por cualquier causa de atender la asistencia reclamada, dejando también a salvo, por supuesto, aquellos casos de urgencia que por sus excepcionales circunstancias no hagan posible esa previa comunicación.

[Vid., ATS, de 10 de octubre de 2017, recurso n.º 2770/2017 (NFJ072690), en el que se plantea el recurso de casación que se resuelve en esta sentencia y, STSJ de Galicia, de 22 de febrero de 2017, recurso n.º 15336/2016 (NFJ072691), que se recurre].

PRECEPTOS:

RD 1030/2006 (Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud), art. 2.7 y Anexo IX.

Ley 14/1986 (Ley General de Sanidad), arts. 3, 16 y 83.

RDLeg. 1/1994 (TRLGSS), disp. adic. vigesimosegunda.

Decreto 221/2012 de Galicia (Tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del Servicio Gallego de Salud y en las fundaciones públicas sanitarias), art. 1.

Ley 58/2003 (LGT), art. 14.

Ley 29/1998 (LJCA), art. 4.

Ley 16/2003 (Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud), art. 16.

PONENTE:

Don Nicolás Antonio Maurandi Guillén.

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Contencioso-Administrativo

Sección Segunda

Sentencia núm. 170/2019

Fecha de sentencia: 13/02/2019

Tipo de procedimiento: R. CASACION

Número del procedimiento: 2770/2017

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 18/09/2018

Ponente: Excmo. Sr. D. Nicolas Maurandi Guillen

Procedencia: T.S.J.GALICIA CON/AD SEC.4

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Gloria Sancho Mayo

Transcrito por: FGG

Nota:

R. CASACION núm.: 2770/2017

Ponente: Excmo. Sr. D. Nicolas Maurandi Guillen

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Gloria Sancho Mayo

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Contencioso-Administrativo

Sección Segunda

SENTENCIA

Excmos. Sres.

D. Nicolas Maurandi Guillen, presidente
D. Jose Diaz Delgado
D. Angel Aguallo Aviles
D. Jose Antonio Montero Fernandez
D. Jesus Cudero Blas
D. Rafael Toledano Cantero
D. Dimitry Berberoff Ayuda
D. Isaac Merino Jara

En Madrid, a 13 de febrero de 2019.

Esta Sala ha visto el recurso de casación que con el número 2770/2017 ante la misma pende de resolución, interpuesto por "Unión de Artesanos Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija", representada por la procuradora doña Alicia Álvarez Plaza, contra la sentencia de 22 de febrero de 2017 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (dictada en el recurso contencioso-administrativo núm. 15336/2016).

Siendo parte recurrida la Xunta de Galicia, representada por la Letrada de sus Servicios Jurídicos.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Nicolas Maurandi Guillen.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

La sentencia aquí recurrida tiene una parte dispositiva que copiada literalmente dice:

"Que desestimamos el recurso contencioso-administrativo interpuesto por UNIÓN DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA contra acuerdo dictado con fecha 8 de abril de 2016 por la Xunta Superior de Facenda en reclamaciones nº (...) y (...), sobre liquidación de precio público por prestación de asistencia sanitaria a doña Lourdes y a don Roberto en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela por importes, respectivamente, de 12.615,69 € y 9.948,68 €.

Con imposición de costas procesales a la parte demandante en la cuantía máxima de hasta mil quinientos euros por honorarios de abogado".

Segundo.

Notificada la anterior sentencia, por "Unión de Artesanos Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija" se preparó recurso de casación, y la Sala de instancia lo tuvo por preparado y remitió las actuaciones a este Tribunal con emplazamiento de las partes.

Tercero.

Recibidas las actuaciones, el auto de 18 de octubre de 2017 de la Sección Primera de esta Sala Tercera del Tribunal Supremo resolvió admitir el recurso de casación y determinar cuál era la cuestión que presentaba interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia, lo que efectuó en los términos que se indican más adelante en el apartado de "fundamentos de derecho" de la actual sentencia.

Cuarto.

La representación de la parte recurrente presentó escrito de interposición de su recurso de casación en el que, tras ser invocados los motivos en que se apoyaba, se terminaba así:

" SUPLICO A LA SALA: Que (...) tenga por INTERPUESTO RECURSO DE CASACIÓN (...) y, previos los trámites procesales procedentes, en su día dicte Sentencia por la que, casando y anulando la sentencia recurrida, se estime plenamente nuestro recurso en los términos interesados en el cuerpo de este escrito".

Quinto.

La representación procesal de la Xunta de Galicia, en el trámite de oposición al recurso de casación que le fue conferido, ha pedido a la Sala

"que (...) teniendo por impugnado el recurso de casación (...) previos los trámites oportunos, dicte sentencia por la que se DESESTIME (...) en todos sus pedimentos, confirmando la Sentencia recurrida en los extremos debatidos, con imposición de costas".

Sexto.

En virtud de la facultad que le confiere el artículo 92.6 LJCA, la Sección consideró necesaria la celebración de vista pública, que tuvo efectivamente lugar en el día señalado 18 de septiembre de 2018; y por providencia del día 5 de octubre inmediato posterior se acordó conceder a las partes litigantes y al Ministerio Fiscal un plazo de diez días para que efectuaran alegaciones sobre si el conocimiento del actual proceso jurisdiccional pudiera corresponder al orden jurisdiccional social.

Séptimo.

Presentadas sus alegaciones por ambas partes litigantes y el Ministerio Fiscal, la providencia de 5 de diciembre de 2018, a la vista de que el Magistrado de la Sección Excmo. Sr. don Jose Diaz Delgado se encontraba en situación de incapacidad laboral transitoria, acordó estar a la espera de su reincorporación para continuar con la celebración de la deliberación.

Octavo.

El día 5 de febrero de 2019 se efectuó la deliberación para la votación y fallo del recurso, que concluyó con el resultado que ahora se expresa.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero. *Los hechos y actos administrativos litigiosos; el proceso de instancia; e indicación de quien es la parte recurrente en la actual casación.*

Según indica la sentencia de instancia, a la entidad UNIÓN DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA se le giró liquidación, por parte del Servicio Galego de Saúde, en cuanto al importe de la asistencia sanitaria prestada a sus asegurados dona Lourdes y don Roberto (en virtud de la póliza de seguro concertada con ellos) y como consecuencia del traslado acordado por los médicos del Policlínico La Rosaleda al Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

La mencionada entidad planteó reclamaciones frente a las liquidaciones y le fueron desestimadas por resolución de 8 de abril de 2016 de la Xunta Superior de Facenda de la Consellería de Facenda de la Xunta de Galicia, que declaró que dicha resolución agotaba la vía económico-administrativa.

Esa resolución fue impugnada jurisdiccionalmente mediante el correspondiente recurso contencioso administrativo por la entidad antes citada; y el mismo fue desestimado por la sentencia que es combatida en esta casación.

El actual recurso de casación lo ha interpuesto también le repetida entidad UNIÓN DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA.

Segundo. *La sentencia recurrida en la actual casación: su delimitación del litigio y sus datos de hecho y argumentos para justificar el fallo estimatorio.*

1.- La delimitación la efectúa su fundamento de derecho (FJ) primero.

En él se hace una referencia inicial a las liquidaciones litigiosas y al ya mencionado acuerdo desestimatorio de la Xunta Superior de Facenda.

A continuación los términos de la controversia judicial se describen así:

"La resolución recurrida entendió que la demandante, como obligada al pago, debía hacerse cargo del precio público que se correspondía con aquellas liquidaciones.

Entiende la actora que no tiene la condición de tercero obligado al pago pues el seguro de salud contratado y que daba cobertura a la asistencia sanitaria de la asegurada no está incluido en el Anexo IX del RD 1030/2006 y además sostiene que como quiera que los referenciados eran beneficiarios de la Seguridad Social es el SERGAS el que debe correr con los gastos de asistencia médica con independencia de que aquéllos tuvieran suscrita una póliza de seguros con la entidad recurrente".

2.- Las normas invocadas por la sentencia recurrida para justificar el fallo desestimatorio, así como los concretos hechos que aprecia y los razonamientos que desarrolla con dicha finalidad, los expresa de esta manera su FJ segundo:

"El artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006 establece:

"Conforme a lo señalado en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad , en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social , aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, de acuerdo con lo especificado en el anexo IX ".

Por su parte el Anexo IX, tras reproducir el anterior precepto, incluye en su apartado 7 " otros obligados al pago" a

"c) Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes".

En el caso de autos, ambos pacientes son atendidos por el O61 ante quien manifestaron hallarse amparados por la póliza de seguros suscrita con la entidad UNIÓN DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA pues resulta evidente no solo esta circunstancia -no negada por la recurrente- sino que es obvio que el 061 no se inventó esta cobertura sino que le fue manifestada por ambos pacientes.

De ahí que en un primer momento fueran enviados al Policlínico La Rosaleda de Santiago de Compostela y ante la imposibilidad de este centro hospitalario de dar la asistencia necesaria los médicos del mismo consideraran oportuno, en ambos casos, la remisión de los pacientes al Centro Hospitalario Universitario De Santiago De Compostela.

Por tanto, ninguna duda cabe de que la entidad recurrente es un tercero obligado frente al SERGAS en los términos recogidos (por) El artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006 .

En cuanto a la alegada exclusión de la cobertura aseguradora por algunos de los conceptos facturados por el SERGAS se trata de una cuestión a ventilar, en su caso, en el procedimiento civil correspondiente dentro de la relación contractual que vincula a aseguradora y asegurados por mor del contrato de seguro concertado pero que en todo caso en nada afecta al SERGAS".

Tercero. *La cuestión que presenta interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia según el auto de admisión del recurso de casación.*

La determina así la parte dispositiva del auto:

"2º) La cuestión que presenta interés casacional objetivo para la formación de la jurisprudencia consiste en dilucidar si las entidades aseguradoras, en relación con los servicios de asistencia sanitaria de carácter voluntario prestados a asegurados beneficiarios del Sistema Público de Salud - al margen de los supuestos de transporte sanitaria urgente de carácter vital -, deben ser consideradas como obligadas al pago de los precios públicos exigidos por el Sistema público de salud en virtud de norma legal o reglamentaria y, en particular, en virtud del Anexo IX del Real Decreto 1030/2006.

3º) Identificar como normas jurídicas que, en principio, serán objeto de interpretación: el artículo 2.7 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 14 de la Ley General Tributaria y el artículo 4.1 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa " .

Cuarto. *El recurso de casación de "Unión de Artesanos Mutualidad de Previsión Social".*

Invoca en su apoyo lo siguiente.

(A) La infracción del artículo 2.7 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 [RD 1030/2006].

La idea principal invocada para sostener este reproche es que las aseguradoras privadas que, en virtud de una póliza de esta naturaleza, tienen concertada la cobertura de la asistencia sanitaria con afiliados a la Seguridad Social, no pueden ser consideradas incluidas en ninguno de los supuestos a los que refiere la condición de "terceros obligados al pago" el Anexo IX del RD 1030/2006 al que remite el artículo 2.7 de esta norma reglamentaria.

Lo que se completa diciendo que, al no permitir este precepto reglamentario reconocer en las aseguradoras privadas esa condición de tercero obligado al pago, la imposición a estas del obligación al abono del coste de la asistencia sanitaria prestada por los Servicios de Salud a los personas que con dichas aseguradoras tengan formalizada una póliza privada sólo procederá si existe una norma legal o reglamentaria que así lo disponga.

Y se completa lo anterior señalando que la única imposición existente en una norma para las aseguradoras privadas en la fecha de los hechos litigiosos era la contenida en el artículo 1.1 del Decreto 221/2012 de 31 de octubre de la Xunta de Galicia ; pero esta norma limitaba la condición de tercero obligado al pago a las compañías privadas de salud a estos concretos supuestos: "(los) de transporte sanitario urgente de carácter vital cuando el paciente, sea o no beneficiario de la Seguridad Social, hubiese suscrito voluntariamente una póliza con esa compañía excepto que en las condiciones del contrato estuviese expresamente excluido ese transporte".

Se dice también que en el caso litigioso los dos pacientes a que se refería la reclamación del SERGAS eran beneficiarios del Sistema Público de Salud y, por tal razón, no se estaba en el supuesto prevenido en el artículo 16 de la Ley General de Sanidad que hace referencia a los usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud.

Más adelante se aduce que, según la normativa vigente, las compañías privadas, tratándose de beneficiarios de la Seguridad Social, sólo vienen obligadas al pago cuando concurren estas dos exigencias: (1) transporte urgente de carácter vital; y (2) que el transporte no esté excluido de las condiciones de la póliza de seguro.

Así mismo se subraya que lo reclamado por el SERGAS a la recurrente no fue el transporte sino pruebas diagnósticas, estancias hospitalarias y prótesis.

Y, con base en todo lo anterior, se sienta la conclusión de que la sentencia recurrida infringió el artículo 2.6 del RD 1030/2006 , al incluir dentro de este precepto reglamentario unos supuestos de terceros obligados al pago (ante los servicios públicos de salud no previstos en dicho artículo ni en ninguna otra norma legal o reglamentaria.

(B) La infracción del artículo 14 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General tributaria [LGT 2003].

Lo que se argumenta para defender este reproche es que esa indebida aplicación del artículo 2.7 del RD 1030/2006 ha sido efectuada realizando la sentencia recurrida una extensión analógica de los supuestos de hecho de ese precepto que resulta contraria a la prohibición de analogía en materia tributaria que proclama el artículo 14 de la LGT 2003 .

Para justificar la improcedencia de esa extensión se afirma que las compañías privadas de aseguramiento voluntario se diferencian claramente de los seguros obligatorios y de las mutualidades obligatorias que aparecen mencionados en el Anexo IX del tan repetido RD 1030/2006.

Se señala que las tarifas reclamadas por el SERGAS tienen naturaleza de precios públicos por lo que es de aplicar lo que se dispone tanto en la Ley 8/1989. de 13 de abril de Tasas y Precios Públicos, como en la Ley 6/2003. de 9 de diciembre, de tasas y exacciones reguladoras de la Comunidad Autónoma, sobre que se trata de ingresos de derecho público a los que aplica supletoriamente la Ley General Tributaria y demás disposiciones generales en materia tributaria.

Y también se invoca la doctrina contenida en la sentencia de 8 de abril de 2002 de esta Sección Segunda de la Sala Tercera del Tribunal Supremo (recurso 8402/1986) en lo que declara, en un caso de controversia referida a un precio público, sobre la improcedencia de extender el hecho imponible o concepto a un supuesto no específicamente regulado por la Ordenanza.

Más adelante se concreta en qué ha consistido la extensión analógica, y se dice que lo ha sido por estas dos razones.

En primer lugar, porque se aplica la solución prevista para los transportes urgentes de carácter vital a otro tipo de prestaciones sanitarias muy diferentes; y dicha extralimitación incurre en el segundo exceso que supone exigir a la aseguradora privada prestaciones que no cumplen con la exigencia de estar incluidas en el ámbito de cobertura de la póliza contratada.

Y en segundo lugar, porque se aplican los distintos apartados del Anexo IX que se ha venido mencionando a un supuesto cuya naturaleza es muy distinta a la que corresponde a los contemplados en esos apartados.

(C) La infracción del artículo 4.1 de la Ley reguladora de la jurisdicción contencioso administrativo [LJCA].

Se arguye para defenderla que las únicas cuestiones prejudiciales excepcionadas del enjuiciamiento que ha de llevar el orden jurisdiccional contencioso-administrativo son las de carácter constitucional y penal, lo que conlleva que ese enjuiciamiento ha de comprender las cuestiones de carácter civil que constituyan un antecedente necesario para decidir la pretensión principal deducida en relación a una actuación administrativa.

Y, desde esa premisa, se sostiene que la sentencia recurrida hubo de pronunciarse sobre la cuestión que en el proceso de instancia fue planteada concerniente a si la póliza concertada con la demandante comprendía o no las prestaciones sanitarias cuyo pago reclamó al SERGAS.

Quinto. *La oposición al recurso de casación deducida por la XUNTA DE GALICIA.*

La primera infracción denunciada (referida al artículo 2.7 del RD 1030/2006) es combatida, tras destacar las premisas fácticas aceptadas por la sentencia recurrida y la necesidad de atenerse a ellas, con base en las tres principales ideas que continúan.

Una es que lo decisivo para decidir quien ha de soportar el pago de la asistencia sanitaria prestada por el SNS es que la misma no tuvo lugar a iniciativa de los pacientes, ya que estos optaron por recibirla del seguro privado en el Policlínico "La Rosaleda" de Santiago de Compostela y fue este Policlínico el que los remitió, con cargo a la aseguradora Unión de Artesanos, al Centro Hospitalario Universitario.

Otra es que las prestaciones objeto de reclamación sí que están previstas entre las que pueden ser reclamadas a terceros, pues así resulta de lo establecido en el Anexo IX al que remite el artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006 .

Y la última es que la obligación de pago de "Unión Artesanos" resulta de lo establecido en la letra c) del punto 7 del repetido Anexo IX.

La infracción del artículo 14 de la LGT de 2003 se rechaza negando la premisa de inexistencia de norma legal o reglamentaria que ampare considerar a la mutualidad recurrente como tercero obligado al pago.

Y frente a la infracción del artículo 4.1 de la LJCA se opone principalmente que la obligación de pago de la mutualidad aquí recurrente ha sido resuelta por la sentencia recurrida desde la aplicación directa de preceptos de la Ley 14/1986 [LGratSan] y el RD 1030/22006, esto es, en función de la relación existente entre dicha mutualidad y el SNS y con independencia de cuáles hayan sido los términos de las pólizas contratadas por sus asegurados.

Sexto. *El conocimiento de la materia que es objeto de controversia en el actual litigio sí corresponde al orden jurisdiccional contencioso-administrativo.*

Así ha de ser declarado con carácter previo al enjuiciamiento del recurso de casación, porque esta Sala y Sección, mediante providencia de 5 de octubre de 2018, planteó tesis a las partes para que hicieran sus alegaciones sobre la posibilidad de que correspondiese al orden jurisdiccional social el conocimiento del actual litigio.

Y las razones que conducen a residenciar ese conocimiento en el orden jurisdiccional contencioso-administrativo son éstas:

(a) No está en discusión quienes pueden solicitar recibir asistencia sanitaria en cualquiera de los centros que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS) y, más concretamente, si tal asistencia pueden recibirla los afiliados a cualquiera de los Regímenes del Sistema de Seguridad en el marco de la acción protectora de dicho Sistema.

(b) La polémica, como más adelante se indicará, gira en torno a esta otra cuestión: determinar quienes pueden ser considerados usuarios privados de dicho SNS y si esta última condición, debido a la obligación legal de soportar la facturación que establece el artículo 16.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad , resulta encuadrable en el supuesto de terceros obligados que enumera el apartado 7.c) del anexo IX al que se remite el artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre .

(c) Esa concreta controversia queda fuera del ámbito de conocimiento que para los órganos jurisdiccionales del orden social definen los artículos 1 y 2 de la Ley 36/2011, Reguladora de la Jurisdicción Social.

Séptimo. *Criterios interpretativos de la presente sentencia sobre la normativa aplicable a aquellos supuestos en los que las entidades aseguradoras solicitan del Sistema Nacional de Salud asistencia sanitaria, haciéndolo para personas que se la reclamaron directamente a ellas invocándoles su condición de asegurados derivada de una relación jurídico privada convenida con la entidad aseguradora.*

Y, en particular, la interpretación que ha de darse, a efectos de lo anterior, al artículo 2.7 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 [RD 1030/2006].

1.- Para decidir esos criterios interpretativos lo primero que ha de hacerse es transcribir ese artículo 2.7 del RD 1030/2006 y su Anexo IX al que se remite.

"Artículo 2. *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.*

(...).

7. Conforme a lo señalado en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad , en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social , aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, de acuerdo con lo especificado en el anexo IX.

Procederá asimismo la reclamación del importe de los servicios a los usuarios sin derecho a la asistencia de los servicios de salud, admitidos como pacientes privados, conforme a lo establecido en el artículo 16 de la Ley General de Sanidad ".

"ANEXO IX.

Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago.

Conforme a lo previsto en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad , en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social , aprobado por el Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, en el artículo 2.7 del presente real decreto y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido el transporte sanitario, la atención de urgencia, la atención especializada, la atención primaria, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las prestaciones con productos dietéticos y la rehabilitación, en los siguientes supuestos:

1. Asegurados o beneficiarios del sistema de Seguridad Social pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Mutualidad General Judicial o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

2. Asegurados o beneficiarios de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.

3. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina.

4. Seguros obligatorios:

- a) Seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales.
- b) Seguro obligatorio de vehículos de motor.
- c) Seguro obligatorio de viajeros.
- d) Seguro obligatorio de caza.
- e) Cualquier otro seguro obligatorio.

5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades.

Se reclamará el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente.

6. Ciudadanos extranjeros:

a) Asegurados o beneficiarios en un Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y Suiza, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.

b) Asegurados o beneficiarios de otros países extranjeros, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social suscritos por España.

7. Otros obligados al pago.

a) Accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos en caso de que se haya suscrito contrato de seguro de accidentes o de responsabilidad civil que cubra las contingencias derivadas de estas actividades.

b) Seguro escolar.

c) Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes".

2.- Lo segundo que procede señalar es que, para efectuar dicha interpretación, también necesariamente ha de partirse también de lo establecido en los artículos 3.2 , 16.3 y 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [LGralSan], que disponen:

"Artículo tres.

2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva".

"Artículo dieciséis.

Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos. En consecuencia, los usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, así como los previstos en el artículo 80, podrán acceder a los servicios sanitarios con la consideración de pacientes privados, de acuerdo con los siguientes criterios:

(...).

3. La facturación por la atención de estos pacientes será efectuada por las respectivas, administraciones de los Centros, tomando como base los costes efectivos. Estos ingresos tendrán la condición de propios de los Servicios de Salud. En ningún caso estos ingresos podrán revertir directamente en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes".

"Artículo ochenta y tres.

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".

3.- Lo tercero a destacar es que igualmente ha de tomarse en consideración lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo , de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [LeyCoh-Cal/SNS].

"Artículo 2. *Principios generales.*

Son principios que informan esta ley:

a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.

b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.

(...)"

4.- Lo que resulta de las anteriores prescripciones legales es lo siguiente:

- el principio de igualdad que rige en la prestación de los servicios que ha de dispensar el Sistema Nacional de Salud [SNS] y el principio de aseguramiento universal y público por parte del Estado;
- las dos modalidades de usuario con las que se puede acceder a los servicios sanitarios: usuarios con derecho a la asistencia de los Servicios de Salud; y usuarios sin ese derecho, que pueden acceder a los servicios sanitarios con la condición de pacientes privados; y
- la posibilidad de facturar a estos pacientes privados del SNS la atención que hayan recibido, tomando como base sus costes efectivos y teniendo los correspondiente importes la condición de ingresos propios de los Servicios de Salud.

Siendo también de subrayar, como complemento de lo anterior, que la condición de usuario privado del SNS que ha de soportar la facturación que establece el artículo 16.3 de la Ley 14/1986 [LGralSan] corresponde a todo sujeto jurídico que de cualquier forma resulta beneficiario de los servicios sanitarios prestados a título privado por el SNS.

Y que, por tal razón, cabe hablar de un usuario directo, que es la persona que recibe directamente la atención sanitaria; y de un usuario indirecto, que es el sujeto o entidad privada que, en virtud de una relación de esta naturaleza, asume el compromiso ante determinada persona de prestarle asistencia sanitaria y, ante la dificultad de poder cumplirlo, originada por cualquier circunstancia, deriva a ese paciente particular suyo al SNS y solicita a éste último que le sustituya en la dispensa de esa asistencia a la que se había comprometido con su paciente particular.

Debiendo afirmarse, así mismo, que el cuadro de relaciones con el SNS incluye a los terceros que resultan obligados al pago de las atenciones o prestaciones sanitarias que hayan sido facilitadas directamente a otras personas por dicho SNS; que dicha obligación de pago puede resultar de cualquiera de los títulos que enumera el anexo IX; que, entre estos títulos, su punto 7.c) incluye el supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes; y que el usuario indirecto obligado a soportar la facturación según lo establecido el artículo según lo dispuesto en el artículo 16.3 de la Ley 14/1986 [LGralSan] resulta encuadrable en ese supuesto del punto 7.c) que acaba de mencionarse.

5.- Y las conclusiones que cabe extraer de todo lo anterior es que las atenciones o servicios sanitarios dispensadas por el SNS podrán ser reclamadas a los sujetos jurídicos o entidades siguientes:

- (1) a las personas físicas que, a solicitud de ellas mismas, hayan recibido directamente la asistencia sanitaria;
- (2) a los sujetos o entidades sanitarias que actúan como usuarios indirectos del SNS, por actuar en relación con personas físicas frente a las que asumieron el compromiso de dispensarles asistencia sanitaria encuadrable en una relación de derecho privado y, ante las dificultades de hacerlo con sus propios medios, derivaron a aquellas hacia el SNS y solicitaron de este que efectuara esta dispensa; y
- (3) que éstos últimos resultan encuadrables en el supuesto de terceros obligados que enumera el apartado 7.c) del anexo IX al que se remite el artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre .

Octavo. *La respuesta a la infracción del artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006 denunciada en el recurso de casación.*

Su análisis exige esta puntualización previa: que la decisión sobre si es o no de apreciar dicha infracción ha de partir necesariamente de las premisas fácticas aceptadas en la sentencia recurrida, al no permitir el planteamiento de la actual casación una revisión de la valoración probatoria efectuada por la Sala de instancia para llegar a su convicción fáctica.

Esas premisas fácticas, como resulta de la reseña de la sentencia recurrida que se hizo con anterioridad, se resumen en lo siguiente: una solicitud de asistencia sanitaria por dos personas en su condición de asegurados de "UNIÓN DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA"; la recepción bajo dicha condición en una clínica privada, sin que la sentencia "a quo" refleje ningún dato o circunstancia concerniente a que dicha clínica manifestara a los pacientes que la asistencia sanitaria que requerían no tenía cobertura en su póliza

de seguro; y el traslado de los pacientes por dicha clínica privada, ante su imposibilidad de dispensar esa asistencia, a un centro del SERGAS.

Pues bien, este relato fáctico, que necesariamente ha de ser respetado en la actual fase casacional, permite, según lo que antes se razonó, reconocer la condición de usuario privado del SNS en "UNIÓN DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA"; y, consiguientemente, la de obligado a soportar, en virtud de lo establecido en el artículo 16.3 de la Ley 14/1986 [LGraISan], la facturación de la asistencia sanitaria dispensada, a su instancia, por un centro dependiente de un Servicio de Salud integrado en el SNS a las dos personas que fueron trasladadas a este último como aseguradas.

Y esa obligación, por resultar de la mencionada norma legal, permite apreciar la condición de tercero obligado al pago encuadrable en el supuesto del punto 7.c) del Anexo IX al que remite el artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006 .

Debe añadirse a lo que antecede que, de no concluirse así en el concreto relato fáctico que aquí ha de ser considerado, podría favorecerse una práctica de aseguramientos privados de asistencia sanitaria que resultaría indebida por ser contraria a los intereses de los asegurados. Y esto porque, tras ofrecerse a estos, a cambio de la correspondiente aportación económica, una alternativa a la asistencia sanitaria del SNS de la que ya dispondrían como afiliados de la Seguridad Social, serían finalmente trasladados al SNS a pretexto de la imposibilidad o incapacidad del centro sanitario de la aseguradora privada; convirtiendo de esta manera en inútil el seguro privado y la correspondiente aportación económica para mantenerlo.

Como también debe señalarse que la asunción del SNS de la asistencia sanitaria dispensada a esos asegurados, después de haber acudido a su aseguradora, resultará procedente cuando conste de manera clara que estos, o sus representantes, la hayan reclamado directamente del SNS tras habersele comunicado por dicha aseguradora la imposibilidad por cualquier causa de atender la asistencia reclamada. Dejando también a salvo, por supuesto, aquellos casos de urgencia que por sus excepcionales circunstancias no hagan posible esa previa comunicación.

Por todo lo cual, esta primera infracción invocada en la casación no puede ser acogida.

Noveno. *La respuesta a las restantes infracciones denunciada en el recurso de casación.*

Las razones antes expuestas son válidas también para justificar su rechazo por lo que seguidamente se explica.

La referida a la extensión analógica del artículo 2.7 del RD 1030/2006 , por lo que ya ha sido señalado sobre que el concreto caso aquí litigioso tiene encaje en el supuesto del punto 7.c) del Anexo IX al que remite el artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006 .

Y la referida al artículo 4.1 de la LJCA , porque la obligación como tercero de la Mutualidad aquí recurrente no resulta de los términos de su póliza sino del hecho de haber solicitado y haberse beneficiado de la atención sanitaria prestada por el SNS sobre cuya facturación ha versado el actual proceso jurisdiccional.

Décimo. *Decisión final sobre las cuestiones y pretensiones deducidas en el actual proceso jurisdiccional.*

Lo anterior conduce a resolver las cuestiones y pretensiones deducidas en el proceso declarando no haber lugar al recurso de casación y confirmando la sentencia recurrida.

Undécimo.- *Costas procesales.*

En virtud de lo dispuesto en el artículo 93.4 de la LJCA (al que remite el 139.3), no se hace pronunciamiento expreso de condena sobre las costas que corresponden a esta casación por no apreciarse mala fe o temeridad en la conducta de la parte recurrente.

FALLO

Por todo lo expuesto,

EN NOMBRE DEL REY

y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta Sala ha decidido

- 1.- Fijar los criterios interpretativos expresados en el fundamento jurídico séptimo de esta sentencia.
- 2.- No haber lugar al recurso de casación interpuesto por "Unión de Artesanos Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija" , contra la sentencia de 22 de febrero de 2017 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (dictada en el recurso contencioso-administrativo núm. 15336/2016).
- 3.- No hacer especial imposición de las costas causadas en este recurso de casación.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.
Así se acuerda y firma.

D. Nicolas Maurandi Guillen D. Jose Diaz Delgado
D. Angel Aguallo Aviles D. Jose Antonio Montero Fernandez
D. Jesus Cudero Blas D. Rafael Toledano Cantero
D. Dimitry Berberoff Ayuda D. Isaac Merino Jara

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado Ponente D. Nicolas Maurandi Guillen, estando la Sala celebrando audiencia pública en el mismo día de su fecha, de lo que, como Letrada de la Administración de Justicia, certifico.

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). La Editorial CEF, respetando lo anterior, introduce sus propios marcadores, traza vínculos a otros documentos y hace agregaciones análogas percibiéndose con claridad que estos elementos no forman parte de la información original remitida por el CENDOJ.