

TRIBUNAL DE CUENTAS

Nº 1.119

**INFORME DE FISCALIZACIÓN SOBRE LA GESTIÓN Y
EL CONTROL EFECTUADOS POR LAS MUTUAS DE
ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES
PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN
MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA
CON MEDIOS AJENOS**

EL PLENO DEL TRIBUNAL DE CUENTAS, en el ejercicio de su función fiscalizadora establecida en los artículos 2.a), 9 y 21.3.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, y a tenor de lo dispuesto en los artículos 12 y 14 de la misma disposición y concordantes de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, ha aprobado en sesión de 26 de noviembre de 2015, el *Informe de Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos*, y ha acordado su elevación a las Cortes Generales, según lo prevenido en el artículo 28 de la Ley de Funcionamiento.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	15
I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO	15
I.2. ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL DE LA FISCALIZACIÓN	15
I.3. OBJETIVOS DE LA FISCALIZACIÓN	16
I.4. NORMATIVA APLICABLE.....	18
I.5. RÉGIMEN JURÍDICO DE LAS ENTIDADES FISCALIZADAS.....	19
I.6. LA ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA CON MEDIOS AJENOS POR LAS MUTUAS	20
I.6.1. Regulación en el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público	20
I.6.2. Regulación financiera y presupuestaria.....	22
I.7.- TRÁMITE DE ALEGACIONES.....	26
II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN	26
II.1. ACTUACIONES DE COORDINACIÓN Y CONTROL A REALIZAR POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	26
II.1.1. Consideraciones generales.....	26
II.1.2. Normativa específica en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos por las mutuas	29
II.1.2.1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	29
II.1.2.2. APLICACIÓN EFECTIVA DEL REAL DECRETO 1630/2011	31
II.1.3. Coordinación y tutela de la gestión de las mutuas, a realizar por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS).....	34
II.1.3.1. INFORMACIÓN SOBRE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS PRIVADOS TRANSMITIDOS POR LAS MUTUAS A TRAVÉS DEL PROCESO TELEMÁTICO NORMALIZADO CASA@	34
II.1.3.2. EXPEDIENTES DE CONCIERTOS EN SOPORTE PAPEL	38
II.2. SEGUIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN MIXTA PARA LAS RELACIONES CON EL TRIBUNAL DE CUENTAS Y DEL TRIBUNAL DE CUENTAS DERIVADAS DEL “INFORME DE FISCALIZACIÓN SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN DE LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL”	39
II.2.1. Recomendaciones de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas	40

II.2.1.1. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL GOBIERNO	40
II.2.1.2. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL.....	42
II.2.1.3. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN.....	42
II.2.1.4. RECOMENDACIÓN DIRIGIDA AL TRIBUNAL DE CUENTAS	43
II.2.2. Recomendaciones del Tribunal de Cuentas.....	44
II.2.2.1. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL GOBIERNO	44
II.2.2.2. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN.....	45
II.3. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN POR LAS MUTUAS DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS.....	50
II.3.1. FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61.....	52
II.3.1.1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	52
II.3.1.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS	53
II.3.2. ASEPEYO, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151	69
II.3.2.1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	69
II.3.2.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS	70
II.3.3. IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274	85
II.3.3.1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	85
II.3.3.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS.	87
II.3.4. UMIVALE, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15.....	94
II.3.4.1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	94
II.3.4.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS	96
II.3.5. Mutua de Accidentes de Canarias (MAC), Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 272.....	99
II.3.5.1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	99

II.3.5.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS	101
II.3.6. Hospital Intermutual de levante, Centro Mancomunado, nº 292.....	106
II.3.6.1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	106
II.3.6.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS	109
III. CONCLUSIONES.....	113
III.1. CONCLUSIONES GENERALES SOBRE EL CUMPLIMIENTO POR LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA NORMATIVA EN MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA CON MEDIOS AJENOS	113
III.2. CONCLUSIONES SOBRE LAS ACTUACIONES DE COORDINACIÓN Y TUTELA ENCOMENDADAS A LA DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LAS MUTUAS EN MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA CON MEDIOS AJENOS.....	115
III.3. CONCLUSIONES SOBRE EL SEGUIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN MIXTA Y DEL TRIBUNAL DE CUENTAS DERIVADAS DEL “INFORME DE FISCALIZACIÓN SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN DE LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL”	115
III.4. CONCLUSIONES SOBRE LA FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS POR LAS MUTUAS	117
III.4.1. CONCLUSIONES SOBRE FREMAP, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 61	117
III.4.2. CONCLUSIONES SOBRE ASEPEYO, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 151	119
III.4.3. CONCLUSIONES SOBRE IBERMUTUAMUR, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 274	121
III.4.4. CONCLUSIONES SOBRE UMIVALE, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 15	122
III.4.5. CONCLUSIONES SOBRE MUTUA DE ACCIDENTES DE CANARIAS (MAC), MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 272	122
III.4.6. CONCLUSIONES SOBRE EL HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE.....	123
IV. RECOMENDACIONES	124
IV.1. DIRIGIDAS AL MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL.....	124
IV.2. DIRIGIDAS A LA DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	124

IV.3. DIRIGIDAS A FREMAP, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 61	124
IV.4. DIRIGIDAS A ASEPEYO, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 151	125
IV.5. DIRIGIDAS A IBERMUTUAMUR, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 274.....	125
IV.6. DIRIGIDAS A UMIVALE, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 15.....	125
IV.7. DIRIGIDAS A MUTUA DE ACCIDENTES DE CANARIAS (MAC), MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 272	125
IV.8. DIRIGIDAS AL HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE, CENTRO MANCOMUNADO DE MUTUAS	126
ANEXOS.....	127

RELACIÓN DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AMAT	Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo
CA	Comunidad Autónoma
CCAA	Comunidades Autónomas
CAS@	<i>Orden TIN/2786/2009, de 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado Cas@, para la tramitación de las solicitudes de autorización y comunicaciones de los concertos con medios privados para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a cargo de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social</i>
CP	Contingencias profesionales
DGOSS	Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social
GISS	Gerencia de Informática de la Seguridad Social
ICGs	Informes de Control de Gestión
IPC	Índice de Precios al Consumo
ITCC	Incapacidad temporal por contingencias comunes
MATEPSS	Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
Mutuas	Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social
TRLCSP	Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público
TRLGSS	Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social

ÍNDICE DE CUADROS

Nº	DESCRIPCIÓN	PÁG
1	Obligaciones reconocidas netas. Ejercicio 2013	20
2	Obligaciones reconocidas netas en función de los trabajadores protegidos. Ejercicio 2013	21
3	Obligaciones reconocidas netas. Ejercicio 2013	22
4	Expedientes para su autorización por la DGOSS. Ejercicios 2012 a 2014	37
5	Gasto en asistencia sanitaria concertada con medios ajenos. FREMAP ejercicios 2012 y 2013	52
6	Obligaciones reconocidas netas. FREMAP	54
7	Modalidades de prestación de asistencia sanitaria. FREMAP	56
8	Conciertos pendientes de procedimiento abierto o restringido a 31/12/2013. FREMAP	58
9	Conciertos pendientes de someter a procedimiento negociado a 31/12/2013. FREMAP	60
10	Proveedores de transporte sanitario con mayor importe facturado con concierto. FREMAP. Ejercicio 2013	65
11	Proveedores de transporte sanitario con mayor importe facturado sin mediar concierto. FREMAP. Ejercicio 2013	66
12	Gasto en asistencia sanitaria concertada. Asepeyo. Ejercicios 2013 y 2014	71
13	Obligaciones reconocidas netas. Asepeyo. Ejercicio 2013	73
14	Modalidades de prestación de asistencia sanitaria. Asepeyo. Ejercicio 2013	75
15	Normativa aplicable a los conciertos. Asepeyo. Ejercicio 2013	79
16	Contratos menores importe superior 50.000 euros. Asepeyo. Ejercicio 2013	82
17	Adjudicaciones directas por importe superior a 18.000 euros. Asepeyo. Ejercicio 2013	84
18	Régimen jurídico de los conciertos. Asepeyo. En vigor en 2013	86
19	Clasificación de los conciertos. Asepeyo. En vigor en 2013	86
20	Gasto en asistencia sanitaria concertada. Asepeyo. Ejercicio 2013	88
21	Gasto en asistencia sanitaria sin concierto. Asepeyo. Ejercicio 2013	89
22	Gasto en asistencia sanitaria concertada. Ibermutuamur. ejercicios 2012 y 2013	90
23	Obligaciones reconocidas netas. Ibermutuamur. Ejercicio 2013	91
24	Procedimientos de adjudicación de conciertos. Ibermutuamur. Ejercicio 2013	93
25	Adjudicaciones directas superiores a 18.000 euros. Ibermutuamur. Ejercicio 2013	95
26	Conciertos licitados, no sujetos al TRLCSP y menores. ibermutuamur. Ejercicio 2013	96
27	Gastos de transporte sanitario. Ibermutuamur. Ejercicio 2013	97
28	Gastos de transporte sanitario. Ibermutuamur. Ejercicio 2013	98
29	Gasto en asistencia sanitaria concertada. Umivale. Ejercicios 2012 y 2013	100
30	Obligaciones reconocidas netas. Umivale. Ejercicio 2013	101
31	Procedimientos de adjudicación. Umivale. Ejercicio 2013	102

Nº	DESCRIPCIÓN	PÁG
32	Adjudicaciones directas por importe superior a 18.000 euros. Umivale. Ejercicio 2013	10
33	Normativa aplicable a los conciertos. Umivale. Ejercicio 2013	105
34	Gasto en asistencia sanitaria concertada. MAC. Ejercicios 2012 y 2013	106
35	Obligaciones reconocidas netas. MAC. Ejercicio 2013	107
36	Procedimientos de adjudicación de los conciertos. MAC. Ejercicio 2013	109
37	Adjudicaciones directas por importe superior a 18.000 euros. MAC. Ejercicio 2013	110
38	Normativa aplicable a los conciertos. MAC. Ejercicio 2013	111
39	Gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos sin concierto. MAC. Ejercicio 2013	112
40	Participación de las mutuas en el Hospital Intermutual de Levante	11
41	Gasto en asistencia sanitaria concertada. Hospital Intermutual de Levante. Ejercicios 2012 y 2013	115
42	Obligaciones reconocidas netas. Hospital Intermutual de Levante. Ejercicio 2013	115
43	Obligaciones reconocidas netas. Hospital Intermutual de Levante. Ejercicio 2013	116
44	Normativa aplicable a los conciertos. Hospital Intermutual de Levante. Ejercicio 2013	118

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº	DESCRIPCIÓN	PÁG.
1	Asistencia sanitaria concertada con medios ajenos	25
2	Normativa interna aplicable a Asepeyo en materia de concertación sanitaria con medios privados	77

I. INTRODUCCIÓN

I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO

El Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones asignadas por la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas, y por acuerdo de su Pleno de 23 de diciembre de 2013, por el que se aprobó el *“Programa de Fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2014”* que fue modificado en sesión de 29 de septiembre de 2014, ha realizado, a iniciativa propia, la ***“Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos”***.

Asimismo, el Pleno del Tribunal de Cuentas, en sesión de 30 de octubre de 2014 y en el ejercicio de las competencias que le atribuye el artículo 2 de la mencionada Ley Orgánica 2/1982, acordó el inicio de esta fiscalización.

I.2. ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL DE LA FISCALIZACIÓN

El ámbito subjetivo de esta fiscalización está constituido por las veinte Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) y los dos Centros Mancomunados de Mutuas (Centros Mancomunados)¹, competentes para la formalización, gestión y pago derivados de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, habiendo seleccionado para su fiscalización, por las razones que se exponen en el subapartado I.3, a las siguientes cinco mutuas: FREMAP, ASEPEYO, IBERMUTUAMUR, UMIVALE y la Mutua de Accidentes de Canarias (MAC), así como al Hospital Intermutual de Levante. También se incluye en el ámbito subjetivo de esta fiscalización a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS), en su función de coordinación y tutela de las mutuas y de los Centros Mancomunados².

El ámbito objetivo de la fiscalización lo constituyen los conciertos de asistencia sanitaria formalizados por las mutuas y los Centros Mancomunados de Mutuas con medios ajenos.

En cuanto a su ámbito temporal, la fiscalización abarca a los conciertos de asistencia sanitaria formalizados por las mutuas y los Centros Mancomunados con medios ajenos, que estaban en vigor en el ejercicio 2013, sin perjuicio de que se han utilizado los datos e información de 2012 y 2014 que se han considerado necesarios para el cumplimiento de los objetivos fijados en las

¹ No están incluidas en el ámbito subjetivo de esta fiscalización las dos entidades mancomunadas de mutuas (Corporación Mutua y Suma Intermutual) que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 del Real Decreto 701/2013, de 20 de septiembre, de racionalización del sector público, a partir del 27 de septiembre de 2013, han quedado disueltas y se ha iniciado el proceso de liquidación.

² De acuerdo con lo establecido en la disposición adicional primera de la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, estas han pasado a denominarse Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (en adelante, mutuas), por lo que, a pesar de que el ámbito temporal de la fiscalización es el ejercicio 2013, en el que no había entrado en vigor la mencionada Ley 35/2014, con la finalidad de adaptar la denominación de estas entidades a su nueva calificación, en el presente Informe se hace referencia a las mutuas.

Directrices Técnicas de esta fiscalización, aprobadas por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 20 de diciembre de 2014.

I.3. OBJETIVOS DE LA FISCALIZACIÓN

El Tribunal de Cuentas ha realizado una fiscalización operativa o de gestión, tal y como prevé el subapartado 2.2 de las Normas Técnicas incluidas en las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, aprobadas por su Pleno en sesión de 23 de diciembre de 2013. La fiscalización se ha centrado, principalmente, en aquellas áreas de actuación en las que las propuestas de mejora a realizar tenían más posibilidades de llevarse a cabo, en lo que respecta a la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos.

De acuerdo con las Directrices Técnicas, en esta fiscalización se han revisado y analizado los conciertos de asistencia sanitaria formalizados por las mutuas y por los Centros Mancomunados con medios ajenos, para la prestación de asistencia sanitaria y de recuperación, con el fin de valorar la racionalidad económica y su adecuación a los principios de buena gestión.

Los objetivos de la fiscalización, desde la perspectiva del cumplimiento de los principios de eficacia, eficiencia y economía, han sido los siguientes³:

1. Verificar las actuaciones de coordinación y control efectuadas por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social sobre las MATEPSS y los Centros Mancomunados en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos.
2. Analizar si la formalización de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos por las MATEPSS y los Centros Mancomunados se realizó conforme a los principios de eficiencia y economía.
3. Analizar la ejecución de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos formalizados por las MATEPSS y los Centros Mancomunados en relación con el grado de cumplimiento de los principios de buena gestión.
4. Seguimiento del grado de cumplimiento de las recomendaciones formuladas por el Tribunal de Cuentas en el "*Informe de Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social*", aprobado por su Pleno en sesión de 26 de marzo de 2009, y de la Resolución de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, de 26 de mayo de 2009, referente a dicho Informe, en las que instó al Gobierno a adoptar determinadas medidas respecto a la gestión de la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos.

A su vez, en la fiscalización se han abordado las cuestiones relacionadas con las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, de Igualdad efectiva de mujeres y hombres, en caso de que surjan en el curso de los trabajos de fiscalización.

³ En relación con la alegación de UMIVALE, en la que señala que para analizar la eficiencia y economía debería haberse tenido en cuenta el presunto ahorro a la Seguridad Social que ha supuesto la proporción que presentó su gasto en asistencia sanitaria entre medios propios y ajenos, hay que señalar que esta proporción no guarda relación con los resultados obtenidos y los recursos empleados por la mutua, ni si ha conseguido los objetivos fijados minimizando los costes. Además, la fiscalización ha tenido por objeto analizar los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, con el fin de valorar su adecuación a los principios de buena gestión.

Para el cumplimiento de estos objetivos se han utilizado los procedimientos habituales y específicos para cada una de las diferentes áreas de fiscalización, que han quedado plasmados en los correspondientes programas de trabajo, dirigidos a la obtención de evidencias adecuadas y suficientes sobre la formalización y ejecución de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos realizado por las mutuas y los Centros Mancomunados.

La obtención de los datos, las comprobaciones y verificaciones se realizaron en la sede de la DGOSS y en una muestra representativa de mutuas y de Centros Mancomunados, mediante la revisión de la documentación correspondiente (manuales de procedimiento, ejecución del presupuesto, expedientes de conciertos de asistencia sanitaria formalizados con medios ajenos, facturación derivada de estos conciertos, bases de datos, etc.), así como la realización de entrevistas con los responsables de las principales áreas en relación con los objetivos de la fiscalización.

Las entidades, organismos, mutuas y el Centro Mancomunado en los que se efectuaron las comprobaciones fueron seleccionados mediante criterios de importancia relativa, volumen de contratación y tipología de conciertos. En concreto, además de en la DGOSS, se realizaron actuaciones fiscalizadoras en las siguientes entidades, seleccionadas a tenor de los datos que se recogen más adelante:

- a) FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61.
- b) ASEPEYO, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151.
- c) IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274.
- d) UMIVALE, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15.
- e) Mutua de Accidentes de Canarias (MAC), Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 272.
- f) Hospital Intermutual de Levante, Centro Mancomunado de Mutuas nº 292.

Todas las mutuas y los dos Centros Mancomunados han rendido las cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2013 al Tribunal de Cuentas en el plazo legalmente establecido. Asimismo, estas entidades han cumplido con el deber de colaboración con el Tribunal de Cuentas en el desarrollo de esta fiscalización.

Respecto al subsector de las mutuas, el último informe del Tribunal de Cuentas es el "*Informe de Fiscalización del inmovilizado no financiero de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, con especial referencia al proceso de segregación de los Servicios de Prevención Ajenos*", aprobado por su Pleno en sesión de 30 de octubre de 2014.

La presente fiscalización se ha realizado de acuerdo con las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, aprobadas por su Pleno el 23 de diciembre de 2013, y en congruencia con los Principios Fundamentales de la Fiscalización Operativa de las Normas de las Instituciones de Control Externo.

I.4. NORMATIVA APLICABLE⁴

El marco legislativo aplicable a las mutuas y a los Centros Mancomunados en la materia objeto de esta fiscalización está constituido, básicamente, por las siguientes disposiciones:

- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, modificado por la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.
- Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, modificado por los Reales Decretos 428/2004, 38/2010 y 1622/2011 (Reglamento de Colaboración).
- Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- Real Decreto 343/2012, de 10 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.
- Orden TIN/2786/2009, de 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado CAS@, para la tramitación de las solicitudes de autorización y comunicaciones de los conciertos con medios privados para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- Resolución de 6 de abril de 2009, de la Presidencia del Tribunal de Cuentas, por la que se hace público el Acuerdo del Pleno de 26 de marzo de 2009, que aprueba la Instrucción General relativa a la remisión al Tribunal de Cuentas de los extractos de los expedientes de contratación y de las relaciones de contratos y convenios celebrados por las Entidades del Sector Público Estatal y Autonómico.
- Resolución de 10 de diciembre de 2013, de la Presidencia del Tribunal de Cuentas, que regula la remisión telemática al Tribunal de Cuentas de los extractos de los expedientes de contratación y de las relaciones de contratos, convenios y encomiendas de gestión celebrados por las entidades del Sector Público Estatal y Autonómico.

⁴ El 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 entrará en vigor el 2 de enero de 2016.

I.5. RÉGIMEN JURÍDICO DE LAS ENTIDADES FISCALIZADAS

En relación con los conciertos de asistencia sanitaria formalizados con medios ajenos, existen tres tipos de entidades que participan en su formalización, gestión y control: a) las veinte mutuas, b) los dos Centros Mancomunados de Mutuas y c) la DGOSS⁵:

- a) De acuerdo con lo previsto en la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, que modificó el artículo 68.1 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS), las mutuas son asociaciones privadas de empresarios sin ánimo de lucro, constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscritas en el registro especial dependiente de este, que tienen por finalidad exclusiva colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del citado Ministerio, asumiendo sus asociados la responsabilidad mancomunada.

Las mutuas tienen personalidad jurídica propia y capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, y su ámbito de actuación se extiende a todo el territorio nacional.

La colaboración con la Seguridad Social que efectúan las mutuas se desarrolla en relación con la gestión de las siguientes prestaciones económicas: las prestaciones derivadas de las contingencias profesionales; las prestaciones por incapacidad temporal derivadas de las contingencias comunes; las prestaciones por riesgo durante el embarazo y la lactancia natural; las prestaciones por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave; las prestaciones por cese de la actividad de los trabajadores autónomos; así como la realización de actividades de prevención de riesgos laborales de la Seguridad Social.

Con independencia de la gestión de estas prestaciones económicas, las mutuas prestan la asistencia sanitaria, incluida la rehabilitación, derivada de la protección de las contingencias profesionales, que son dispensadas a través de los medios e instalaciones gestionados por las propias mutuas, o bien mediante convenios con otras mutuas o con las Administraciones públicas sanitarias o mediante conciertos con entidades privadas.

Además, las mutuas pueden realizar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores para la gestión de las prestaciones derivadas de las contingencias comunes, siempre que cuenten con la autorización del médico del Servicio Público de Salud y consentimiento informado del paciente. En estos supuestos, estas pruebas se realizarán principalmente en los Centros asistenciales gestionados por las mutuas en las que se dispensa la asistencia derivada de las contingencias profesionales y, con carácter subsidiario, podrán realizarse en centros concertados.

- b) Los Centros Mancomunados son entidades con personalidad jurídica propia, constituidos por las propias mutuas mediante la puesta en común de instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores propios, con el fin de prestar asistencia sanitaria, en las instalaciones de los citados centros, a los trabajadores al servicio de los empresarios asociados a las mutuas partícipes y a los trabajadores por cuenta propia adheridos a estas.

⁵ En el ámbito de la Seguridad Social, además de estas entidades, tanto el Instituto Social de la Marina como el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria han formalizados conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos.

Los Centros Mancomunados quedan asimilados a las mutuas participes en el desarrollo de su actividad, que se llevará a cabo bajo la dirección y tutela del Ministerio de Empleo y Seguridad Social⁶.

Actualmente, existen dos Centros Mancomunados: el Hospital Intermutual de Euskadi (en el que participan 5 mutuas) y el Hospital Intermutual de Levante (en el que participan 10 mutuas).

Independientemente de la personalidad jurídica propia de estos Centros Mancomunados, las mutuas participes asumen una responsabilidad mancomunada ilimitada sobre los resultados de la gestión de los citados Centros.

- c) Al Ministerio de Empleo y Seguridad Social se le atribuyen las facultades de dirección y tutela sobre las mutuas, que se ejercen a través de la DGOSS. A este Centro Directivo, dependiente de la Secretaria de Estado de la Seguridad Social, le corresponde el conocimiento, evaluación de la gestión y de la situación económica y financiera de las citadas mutuas, formulando las propuestas pertinentes, así como la coordinación y tutela de su gestión.

A la DGOSS le corresponde, entre otras funciones, llevar un registro de los recursos sanitarios y de recuperación para la dispensación de las prestaciones encomendadas a las mutuas. Por otra parte, la DGOSS elabora unos Informes de Control de Gestión (ICGs) con la información remitida por aquellas sobre su gestión. Entre la información remitida se encuentra la relación de conciertos de asistencia sanitaria formalizados con medios ajenos.

I.6. LA ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA CON MEDIOS AJENOS POR LAS MUTUAS

I.6.1. Regulación en el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público

El artículo 3.1.g) de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público (LCSP), incluye, dentro de su ámbito subjetivo, a las mutuas, con la denominación de “*poder adjudicador*” y no de “*Administración pública*”, señalando que, “*A los efectos de esta Ley, se considera que forman parte del sector público los siguientes entes, organismos y entidades: (...) g) Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social*”. En los mismos términos se expresa el artículo 3.1.g) del vigente Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCSP).

En este sentido, el artículo 20 del TRLCSP establece que tendrán la consideración de contratos privados los celebrados por los entes, organismos y entidades del sector público que no reúnan la condición de Administraciones públicas (como es el caso de las mutuas), dado que son poderes adjudicadores. Estos contratos privados se rigen, en cuanto a su preparación y adjudicación, en defecto de normas específicas, por el TRLCSP y sus disposiciones de desarrollo, aplicándose supletoriamente las restantes normas de derecho administrativo o, en su caso, las de derecho privado; aunque, en cuanto a sus efectos y extinción, estos contratos se regirán por el derecho privado.

⁶ Las referencias realizadas en este Informe a las Mutuas deberá entenderse efectuadas, asimismo, a los dos Centros Mancomunados.

Por otra parte, el TRLCSP establece que son contratos del sector público aquellos onerosos que se celebren por los entes, organismos o entidades que especifica el artículo 3 de la citada norma, entre los que se encuentran las mutuas.

Entre la tipología de contratos del sector público establecida en el citado TRLCSP se encuentran los de gestión de servicios públicos (de los que forman parte los conciertos de asistencia sanitaria formalizados con medios ajenos), definidos como aquéllos en cuya virtud las mutuas encomiendan a una persona, natural o jurídica, la gestión de un servicio cuya prestación ha sido asumida como propia de su competencia por la mutua encomendante. Asimismo, el TRLCSP señala que las mutuas solo podrán realizar contratos de gestión de servicios públicos respecto a la gestión de la prestación de la asistencia sanitaria.

Por tanto, las mutuas pueden gestionar indirectamente, mediante contratos de gestión de servicios públicos, la asistencia sanitaria a través de terceras personas, físicas o jurídicas, por lo que son aplicables las prescripciones establecidas en el TRLCSP en materia de preparación y adjudicación de los conciertos. Asimismo, en estos contratos de gestión de servicios públicos no procede la subcontratación, salvo para prestaciones accesorias⁷.

En relación con los procedimientos y la forma de adjudicación de los contratos de gestión de servicios públicos (entre los que se encuentran los conciertos) la regla general es la utilización del procedimiento abierto o restringido (artículo 158 del TRLCSP), previéndose el procedimiento negociado solo para los supuestos tasados en el TRLCSP (cuando no sea posible promover la concurrencia en la oferta, por imperiosa urgencia, los relativos a la prestación de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos derivados de un convenio entre las Administraciones públicas, etc.).

Por otra parte, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 138 del TRLCSP, tienen la consideración de contratos menores los de gestión de servicios públicos de cuantía inferior a 18.000 euros, IVA e impuestos excluidos, y para su tramitación solo se exigirá la aprobación del gasto y la incorporación al expediente de la factura, con los requisitos legalmente establecidos.

Asimismo, para los contratos de cuantía superior a 50.000 euros, los poderes adjudicadores deben elaborar un pliego en el que se establezcan las características básicas del contrato, el régimen de admisión de variantes, las modalidades de recepción de las ofertas, los criterios de adjudicación y las garantías que, en su caso, deberán constituir los licitadores o el adjudicatario.

⁷ En relación con la alegación formulada por ASEPEYO hay que indicar que el acuerdo de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de 17 de julio de 2012, adoptado en respuesta a la consulta formulada por AMAT al respecto señala lo siguiente:

1. El régimen jurídico aplicable a los contratos de gestión de servicios públicos a celebrar por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social para la gestión de la prestación de la asistencia sanitaria de su competencia, de conformidad con el artículo 8.1 del TRLCSP, es el aplicable a los poderes adjudicadores que no tienen la consideración de Administración Pública respecto a los contratos que no son sujetos a regulación armonizada.
2. De acuerdo con lo anterior, el régimen de preparación y adjudicación de estos contratos será el previsto en la legislación de contratos públicos, en concreto, en los artículos 137 y 191 para los contratos que no son sujetos a regulación armonizada.
3. En lo que se refiere a su contenido y efectos, no resultan de aplicación los artículos 275 a 289 del TRLCSP, sino las normas que rigen los contratos privados, si bien el clausulado del contrato debe establecer un régimen jurídico que se acomode a los rasgos definitorios del contrato de gestión de servicios públicos establecidos en el artículo 8 del TRLCSP, debiendo además incorporar las cláusulas que derivan de la aplicación de la normativa específica reguladora de este tipo de conciertos.

Por otra parte, las contrataciones realizadas por los poderes adjudicadores estarán sometidas, en todo caso, a los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, confidencialidad, igualdad y no discriminación. Para ello, las mutuas deben aprobar unas instrucciones, de obligado cumplimiento en su ámbito interno, en las que se regulen los procedimientos de contratación, entendiéndose cumplidas las exigencias derivadas del principio de publicidad con la inserción, en el perfil del contratante de la entidad, de la información relativa a la licitación de los contratos cuyo importe supere los 50.000 euros.

A su vez, el Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, regula específicamente la prestación de servicios sanitarios y de recuperación así como la formalización de los convenios con otras administraciones públicas sanitarias o concertos con medios privados. Este Real Decreto, al ser una norma específica en materia de concertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, es plenamente aplicable a las mutuas en cuanto a su preparación y adjudicación, conforme a lo establecido en el artículo 20 del TRLCSP.

I.6.2. Regulación financiera y presupuestaria

En el anexo 1 se recoge el importe total de los gastos de asistencia sanitaria de las 20 mutuas, sin incluir los dos Centros Mancomunados, en el que se aprecia que del gasto total, que ascendió a 1.166.715.910 euros, el realizado con medios ajenos se ha elevado a 274.775.265 euros (el 23,55%)⁸.

Asimismo, en dicho anexo 1 se aprecia que, como regla general, las mutuas con menor volumen de gasto en asistencia sanitaria son las que mayor importe destinaron a la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos. En concreto la Mutua NAVARRA (61%), BALEAR (59%), UMIVALE (55%)⁹, ACTIVA MUTUA (46%) y EGARSAT (42%), muy superior a la media del conjunto, que fue del 24%.

El artículo 25 del presupuesto de gastos de las mutuas incluye los gastos de asistencia sanitaria prestada por medios ajenos, tanto si se trata de concertos con entidades o profesionales ajenos al Sistema de la Seguridad Social o con entidades del propio Sistema. Las obligaciones reconocidas netas en el ejercicio 2013 en el citado artículo 25, con el detalle por mutuas y Centros Mancomunados, figuran en el cuadro siguiente:

⁸ No puede aceptarse la alegación de UMIVALE relativa a que en los datos de los ICGs no se ha tenido en cuenta la información del capítulo 1 del programa 1102 (contingencias comunes) y del capítulo 2 del programa 2122 (contingencias profesionales), ya que la información sobre los ICGs utilizada por el Tribunal fue la entregada por la DGOSS que fue la misma que la mutua remitió, en su día, relativa a la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos.

⁹ No puede aceptarse la alegación de UMIVALE relativa a que no se han tenido en cuenta las aportaciones realizadas por la mutua al Hospital Intermutual de Levante ya que, por un lado, estas aportaciones se realizaron a través del concepto 429 de su presupuesto (transferencias entre entidades del Sistema) y no del artículo 25 donde se aplican los gastos derivados de la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos y, por otro lado, porque el gasto en asistencia sanitaria concertada realizado por el citado Hospital se analiza en el epígrafe II.3.6 de este informe.

Cuadro n.º 1
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS.
Ejercicio 2013

(En euros)

ENTIDAD/PROGRAMA PRESUPUESTARIO	INCAPACIDAD TEMPORAL 1	MEDICINA AMBULATORIA 2	MEDICINA HOSPITALARIA 3	TOTAL 4=1+2+3	%	% Acumulado
FREMAP	4.095.492	20.414.765	29.125.916	53.636.173	19,30	19,30
ASEPEYO	2.240.327	13.526.622	18.536.531	34.303.480	12,35	31,65
FRATERNIDAD-MUPRESPA	0	17.465.850	10.515.070	27.980.920	10,07	41,72
UNIVERSAL MUGENAT	1.449.512	10.798.248	13.586.472	25.834.232	9,29	51,01
MUTUAL MIDAT CYCLOPS	1.934.894	9.196.879	8.631.932	19.763.705	7,11	58,12
IBERMUTUAMUR	948.504	9.764.727	7.144.185	17.857.416	6,43	64,55
ACTIVA MUTUA	752.505	9.038.604	3.701.845	13.492.954	4,86	69,41
INTERCOMARCAL	0	7.887.278	4.334.997	12.222.275	4,40	73,81
UMIVALE	1.391.726	7.424.000	2.588.944	11.404.670	4,10	77,91
MAZ	137.659	4.779.724	5.945.933	10.863.316	3,91	81,82
EGARSAT	552.880	6.099.777	4.041.539	10.694.196	3,85	85,67
GALLEGA	245.334	3.173.862	6.662.351	10.081.547	3,63	89,30
MUTUALIA	0	2.275.584	4.273.330	6.548.914	2,36	91,66
BALEAR	87.797	3.743.291	1.683.834	5.514.922	1,98	93,64
MAC	0	2.888.120	1.205.266	4.093.386	1,47	95,11
MONTAÑESA	81.099	1.766.419	899.498	2.747.016	0,99	96,10
UNIÓN DE MUTUAS	199.636	1.690.262	387.064	2.276.962	0,82	96,92
SOLIMAT	22.419	1.918.600	296.374	2.237.393	0,81	97,73
HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE	0	507.980	1.454.786	1.962.766	0,71	98,44
NAVARRA	0	424.592	1.311.539	1.736.131	0,62	99,06
MUTUA DE ANDALUCÍA Y CEUTA	209.831	814.313	461.513	1.485.657	0,53	99,59
HOSPITAL INTERMUTUAL DE EUSKADI	0	292.385	839.894	1.132.279	0,41	100,00
TOTAL	14.349.615	135.891.882	127.628.813	277.870.310	100,00	

Fuente: Cuentas anuales rendidas al Tribunal de Cuentas, ejercicio 2013. En el anexo 1 el importe de 274.775.265 euros se refiere exclusivamente a las 20 mutuas, sin tener en cuenta el gasto de los dos Centros Mancomunados.

Del cuadro anterior se deduce que el gasto en conciertos formalizados por las mutuas con medios ajenos destinado a la asistencia sanitaria primaria (medicina ambulatoria) y especializada (medicina hospitalaria) supuso el 48,90% y 45,93%, respectivamente, del total, mientras que el de los conciertos de asistencia sanitaria para el seguimiento y control de los procesos de incapacidad temporal representó tan solo un 5,17%.

Asimismo, del cuadro anterior se deduce que el gasto en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos efectuado por cuatro mutuas (FREMAP, ASEPEYO, FRATERNIDAD-MUPRESPA y UNIVERSAL MUGENAT) representa el 51,01% del conjunto de dichas entidades.

En el cuadro siguiente se incluye, en orden decreciente, el gasto medio por trabajadores protegidos (cuenta ajena y cuenta propia), en el que no figuran las obligaciones reconocidas por los dos Centros Mancomunados, dado que no disponen de trabajadores protegidos:

Cuadro n.º 2
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS EN
FUNCIÓN DE LOS TRABAJADORES
PROTEGIDOS
Ejercicio 2013

(En euros)

MUTUAS	OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS 1	NÚMERO TRABAJADORES PROTEGIDOS 2	GASTO POR TRABAJADOR 3= 1/2
INTERCOMARCAL	12.222.275	251.613	48,58
GALLEGA	10.081.547	245.410	41,08
EGARSAT	10.694.196	294.769	36,28
MAC	4.093.386	120.737	33,90
ACTIVA MUTUA 2008	13.492.954	436.153	30,94
NAVARRA	1.736.131	70.332	24,69
BALEAR	5.514.922	254.055	21,71
UMIVALE	11.404.670	531.815	21,44
FRATERNIDAD-MUPRESA	27.980.920	1.308.972	21,38
UNIVERSAL MUGENAT	25.834.232	1.236.372	20,90
SOLIMAT	2.237.393	112.182	19,94
MAZ	10.863.316	554.607	19,59
MUTUALIA	6.548.914	345.194	18,97
MUTUAL MIDAT CYCLOPS	19.763.705	1.154.000	17,13
IBERMUTUAMUR	17.857.416	1.081.580	16,51
MONTAÑESA	2.747.016	173.358	15,85
MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA	1.485.657	95.378	15,58
ASEPEYO	34.303.480	2.266.646	15,13
FREMAP	53.636.173	3.745.158	14,32
UNIÓN DE MUTUAS	2.276.962	263.659	8,64
TOTAL	274.775.265	14.541.990	18,90

Fuente: Cuentas anuales rendidas al Tribunal de Cuentas, ejercicio 2013, e ICGs. El importe de las obligaciones reconocidas es inferior al del cuadro nº 1 porque no se incluyen los datos de los dos Centros Mancomunados.

Como se deduce del cuadro anterior, el importe medio del gasto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos para el conjunto de las mutuas (excluidos los Centros Mancomunados) asciende a 18,90 euros por trabajador protegido durante el ejercicio 2013. Hay que resaltar que las dos mutuas con mayor número de trabajadores protegidos son de las de menos gasto medio debido, fundamentalmente, a que disponen de mayores medios propios con los que atender a su colectivo protegido.

De los datos señalados hay que destacar que en el ejercicio 2013 la Mutua INTERCOMARCAL destinó, por cada trabajador protegido, una media de 48,58 euros, un 157,04% superior a la media del conjunto, en tanto que los de la Mutua GALLEGA (por 41,08 euros) superaron un 117,35% a dicha media.

En el cuadro siguiente se desglosan las obligaciones reconocidas netas por conceptos y subconceptos presupuestarios de las mutuas y de los dos Centros Mancomunados:

Cuadro n.º 3
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS
Ejercicio 2013

(En euros)

Concepto/ Subconcepto	Descripción	Incapacidad Temporal 1	Medicina Ambulatoria 2	Medicina Hospitalaria 3	TOTAL 4=1+2+3
251	Conciertos con instituciones de atención primaria	3.059.822	56.730.916	0	59.790.738
252	Conciertos con instituciones de atención especializada	901.875	0	73.084.834	73.986.709
254	Conciertos con centros o servicios de diagnóstico, tratamiento y terapias	3.532.738	31.086.123	2.811.880	37.430.741
255	Conciertos para el programa especial de transporte	17.893	14.231.897	386.180	14.635.970
2581	Reintegros de gastos de asistencia sanitaria	1.384	843.877	443.332	1.288.593
2582	Otros servicios de asistencia sanitaria (sin conciertos)	6.835.903	32.999.069	50.902.587	90.737.559
TOTAL		14.349.615	135.891.882	127.628.813	277.870.310

Fuente: Cuentas anuales rendidas al Tribunal de Cuentas, ejercicio 2013.

Del cuadro anterior se deduce que, de los gastos totales (277.870.310 euros), el 32,65% (90.737.559 euros) corresponde a gastos (imputados al subconcepto 2582) efectuados por las mutuas sin formalizar un concierto, mientras que los gastos de asistencia sanitaria concertada con instituciones especializadas (concepto 252) alcanzaron el 26,63% del total. No obstante, hay que tener en cuenta que a dicho subconcepto 2582 se imputan los gastos por la asistencia sanitaria (normalmente de urgencias) prestada por los centros ambulatorios y hospitalarios dependientes de los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), con los que habitualmente no se ha formalizado concierto.

En el anexo 2 se detallan los gastos, según la liquidación presupuestaria, para los que no se había formalizado un concierto (subconcepto 2582), si bien en los trabajos de fiscalización sobre una muestra de mutuas se ha comprobado que algunas entidades imputaron indebidamente a este subconcepto gastos efectuados mediante conciertos formalizados¹⁰.

En el citado anexo 2 se observan significativas desviaciones, siendo el Hospital Intermutual de Levante el que gestionó el 100% de sus gastos sin haber formalizado concierto alguno, seguido de las mutuas SOLIMAT (52%), UMIVALE (50%) y UNIVERSAL MUGENAT (46%).

Además de los gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos para los que no existió concierto formalizado por las mutuas, el subconcepto 2581 "*Reintegros de gastos de asistencia sanitaria*" recoge aquellos gastos (por 1.288.593 euros, el 0,46% del total) abonados en un primer momento por el trabajador y que con posterioridad le son reintegrados por la mutua por ser de su responsabilidad, por lo que en este supuesto tampoco procede la suscripción de ningún concierto.

Por otra parte, como se deduce del anexo 3, el concierto que mayor coste relativo ha supuesto para las mutuas, en función de sus trabajadores protegidos, fue el formalizado por MAC, cuyo objeto era el transporte de trabajadores accidentados a los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma

¹⁰ No puede aceptarse la alegación de UMIVALE relativa que debería haberse tenido en cuenta el importe de los conciertos imputados indebidamente al subconcepto 2582 para la elaboración de los datos estadísticos del informe dado que, por un lado, se han utilizado los datos presupuestarios y de gestión aportados por las mutuas y, por otro, para las mutuas que no han sido fiscalizadas por este Tribunal se desconoce el importe de los gastos de asistencia sanitaria con concierto que se imputaron indebidamente al citado subconcepto.

(CA) de Canarias, habida cuenta de lo elevado de estos costes por la insularidad de dicha Comunidad.

I.7.- TRÁMITE DE ALEGACIONES

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 44.1 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, el Anteproyecto de Informe de esta Fiscalización fue remitido, el 1 de septiembre de 2015, a la actual titular del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, al Secretario de Estado de la Seguridad Social y al Director General de Ordenación de la Seguridad Social, que ostentaron sus cargos durante el ejercicio 2013 y en la actualidad, para que alegasen y presentasen los documentos y justificantes que consideraran convenientes.

Asimismo, y con la misma finalidad, la parte correspondiente al Informe que afecta a la gestión desarrollada por las mutuas y por el Centro Mancomunado objeto de la fiscalización, se ha remitido a los representantes legales de las mismas que ostentaron sus cargos durante el ejercicio 2013 y en la actualidad. Dichas mutuas y Centro Mancomunado son: FREMAP, ASEPEYO, IBERMUTUAMUR, UMIVALE, Mutua de Accidentes de Canarias (MAC) y Centro Mancomunado Hospital Intermutual de Levante.

Dentro del plazo otorgado se han recibido alegaciones formuladas por el Director General de Ordenación de la Seguridad Social, por todas las mutuas y por el Centro Mancomunado. El titular de la Secretaria de Estado de la Seguridad Social comunica que no efectúa observaciones asumiendo como propias las formuladas por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Por su parte, la titular del Ministerio de Empleo y Seguridad Social no ha formulado alegaciones.

A la vista de las citadas alegaciones, se han efectuado las oportunas modificaciones en el texto del Anteproyecto de Informe y, en los casos en que se ha considerado necesario plantear algunas consideraciones respecto al contenido de las alegaciones, aquéllas se reflejan mediante notas a pie de página. En todo caso, la totalidad de las alegaciones formuladas se adjuntan al presente Informe de Fiscalización.

Asimismo, debe indicarse que no han sido objeto de tratamiento específico aquellas alegaciones que constituyen meras explicaciones en relación con el Anteproyecto de Informe y que, por tanto, no implican oposición con el contenido del mismo.

II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

II.1. ACTUACIONES DE COORDINACIÓN Y CONTROL A REALIZAR POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

II.1.1. Consideraciones generales

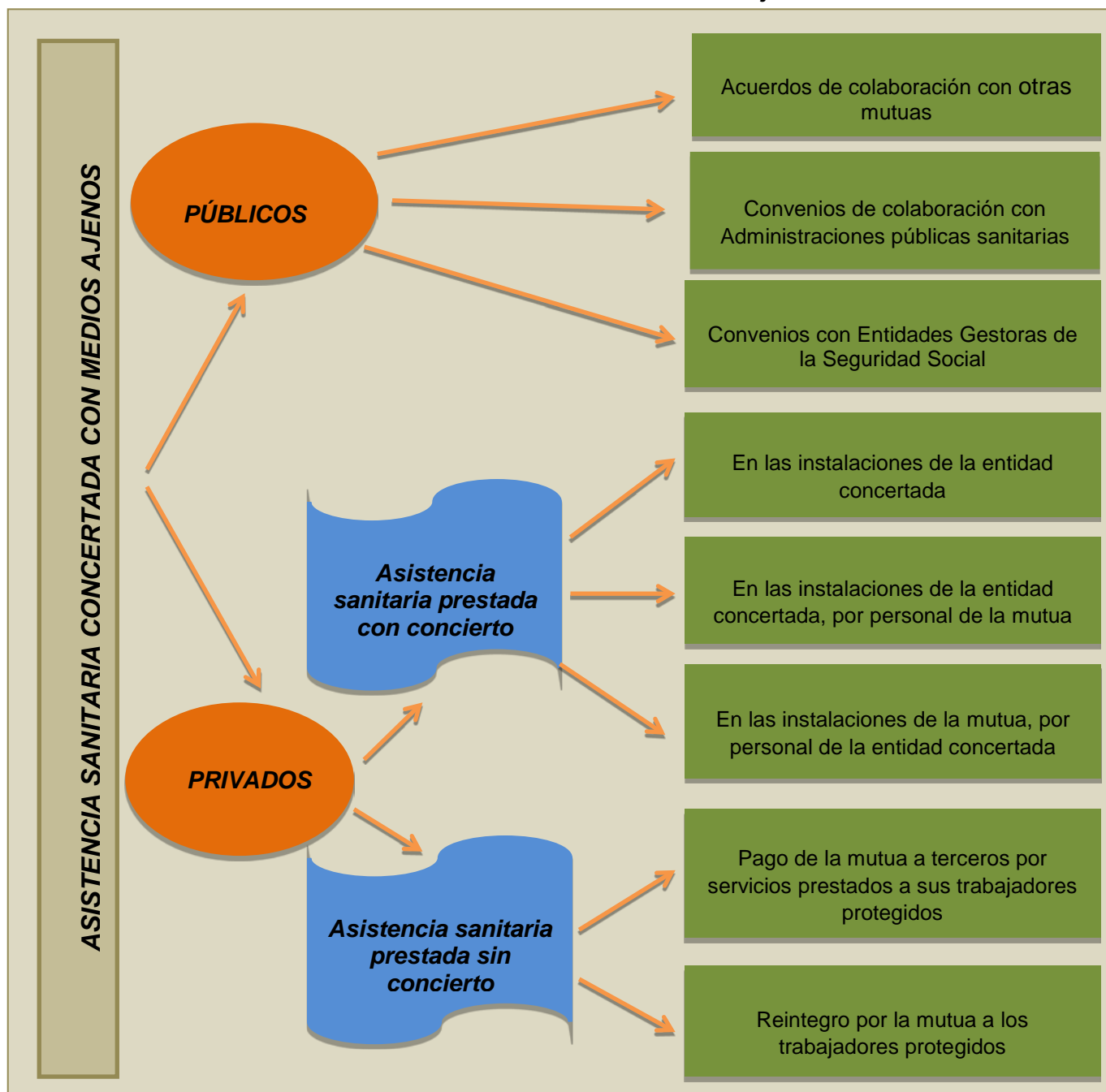
La asistencia sanitaria dispensada por las mutuas a los trabajadores al servicio de los empresarios asociados y de los trabajadores por cuenta propia adheridos constituye una de sus actividades primordiales, disponiendo aquellas, para tal fin, de instalaciones y servicios sanitarios adscritos, financiados con recursos de la Seguridad Social.

Asimismo, con el fin de optimizar y racionalizar la utilización de los recursos, la normativa prevé la posibilidad de que las mutuas formalicen acuerdos de colaboración con otras mutuas, convenios de colaboración con otras Administraciones públicas sanitarias o con Entidades Gestoras de la Seguridad Social, y conciertos con entidades privadas.

Aunque las mutuas deben prestar a sus asegurados la asistencia sanitaria prioritariamente en los centros de su red, hay que tener en cuenta que la contingencia de la que deriva la atención sanitaria que prestan principalmente las mutuas es profesional, consecuencia casi siempre de los accidentes que sufren los trabajadores en el curso de su jornada laboral y cuya necesidad de atención urgente, no permite, en algunos casos, que se lleve a cabo en los propios centros de la mutua; a veces simplemente porque se producen fuera del horario de apertura de los centros ambulatorios asistenciales. Por tanto, la necesidad de formalizar conciertos surge por la carencia de medios propios o por la insuficiencia de los mismos en determinadas localidades.

En el gráfico siguiente se recoge un esquema general de la prestación de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos por parte de las mutuas:

Grafico nº 1
Asistencia sanitaria concertada con medios ajenos



Como se desprende del gráfico anterior y como se detalla en el anexo 4, la asistencia sanitaria prestada con medios ajenos a las mutuas puede clasificarse de la siguiente forma, en función de la entidad que la presta, según la información de los ICGs remitidos por las mutuas¹¹:

1ª. Asistencia sanitaria concertada con entidades públicas: 25.909.235 euros (el 9,48% sobre el total), con el siguiente desglose:

¹¹Tal y como se recoge en el anexo 5, existe una diferencia de 4.574.260 de euros entre la información de los ICGs y las obligaciones reconocidas netas.

- Con los Servicios Públicos de Salud: 17.413.783 euros (el 6,37%).
- Con otras mutuas: 8.495.452 euros (el 3,11%).

2ª. Asistencia sanitaria concertada con entidades privadas: 166.796.108 euros (61,03% sobre el total), con el siguiente desglose:

- En las instalaciones de la entidad concertada: 165.683.470 euros (el 60,62%).
- En las instalaciones de la mutua, pero prestando la asistencia sanitaria una persona física de la entidad concertada: 1.112.638 euros (0,41%).

3ª. Asistencia sanitaria sin concierto formalizado, cuyos gastos ascendieron a 76.682.245 euros (28,06%)¹².

II.1.2. Normativa específica en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos por las mutuas

II.1.2.1. CONSIDERACIONES GENERALES

La Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en sesión de 26 de mayo de 2009 y a la vista del *“Informe de Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social”*, aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 26 de marzo de 2009, adoptó determinados acuerdos instando al Gobierno a corregir las deficiencias puestas de manifiesto en el citado Informe. Algunos de dichos acuerdos se refieren a la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos.

Recogiendo algunas de las recomendaciones del mencionado Informe de este Tribunal, se aprobó el Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, en el que se expone que el Tribunal de Cuentas había puesto de manifiesto repetidamente, entre otras cuestiones, la infrutilización de los recursos asistenciales de las mutuas, en especial los hospitalarios, al tiempo que reseñaba la proliferación, no siempre controlada, de asistencias realizadas a través de conciertos con medios privados, mientras que una parte de los recursos propios de las mutuas se mantenían ociosos.

En el mencionado Real Decreto 1630/2011 se incluye, como principio general, la utilización plena de los recursos sanitarios de las mutuas, reservando la posibilidad de acudir a los medios privados en los supuestos de inexistencia, insuficiencia o no disponibilidad de recursos sanitarios de las mutuas o de carencia de convenios con las Administraciones públicas sanitarias, y siempre que dichos medios privados cuenten con la acreditación de las referidas Administraciones, añadiendo que, en todo caso, deberían ajustarse a lo previsto en el TRLCSP. En este sentido, el Real Decreto 1630/2011 establece los requisitos que deben cumplir las personas físicas o jurídicas con las que

¹² Existe un importe de 3.908.461 euros (1,43%) cuyo detalle no ha sido aportado por las mutuas a la DGOSS en la información que contiene los informes de control de gestión, por lo que se desconoce la naturaleza de estos conciertos, dado que no constaba documentación alguna que lo justificase.

las mutuas pueden concertar, alguno de los cuales ya habían sido señalados en el mencionado Informe del Tribunal de Cuentas, entre los que destacan los siguientes:

- Disponer de medios propios, materiales y personales, para llevar a cabo los servicios objeto del concierto.
- Contar con la debida autorización de funcionamiento y acreditación de suficiencia y adecuación de medios por parte de la autoridad sanitaria competente de la CA.
- Hallarse inscrita en el registro de entidades sanitarias autorizadas de la CA.
- Estar inscrita en el registro que debe llevar la DGOSS.
- No tener ningún tipo de vinculación o relación comercial, financiera o de cualquier otra clase, con empresas representadas en la Junta Directiva de la mutua, con el representante de la misma, con el Director Gerente o con cualquier otra persona que ejerza funciones de dirección ejecutiva en la mutua¹³.
- Acreditar un volumen de facturación por prestaciones satisfechas en los tres años precedentes a la formalización del concierto superior a la facturación estimada por las prestaciones objeto del contrato.

Como se señala en el subapartado II.3 de este Informe, en la formalización de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos las mutuas fiscalizadas no habían cumplido, durante el ejercicio 2013, todos los requisitos detallados anteriormente. No obstante, el propio Real Decreto 1630/2011 (que entró en vigor el 23 de noviembre de 2011) habilitaba tanto al anterior Ministerio de Trabajo e Inmigración como al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a dictar, en el ámbito de sus respectivas competencias, cuantas disposiciones fueran precisas para la aplicación y desarrollo del citado Real Decreto.

A la conclusión de los trabajos de fiscalización, ninguno de los dos Ministerios había desarrollado el citado Real Decreto, por lo que, como se señala posteriormente, algunas mutuas han seguido formalizando los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos de acuerdo con la Orden TIN/2786/2009, de 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado Cas@, para la tramitación de las solicitudes de autorización y comunicaciones de los conciertos con medios privados para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a cargo de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (CAS@); mientras que otras mutuas han obviado el contenido del propio Real Decreto 1630/2011 y de la mencionada orden CAS@.

¹³ El 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, que entrará en vigor el 2 de enero de 2016, dispone en su artículo 94.3 que en los procedimientos de contratación se garantizarán los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, confidencialidad, igualdad y no discriminación, puediendo licitar en los mismos los empresarios asociados y los trabajadores adheridos, en cuyo caso no podrán formar parte de los órganos de contratación, por sí mismos ni a través de mandatarios. Tampoco podrán formar parte de los órganos de contratación las personas vinculadas al licitador por parentesco, en línea directa o colateral, por consanguinidad o afinidad, hasta el cuarto grado, ni las sociedades en las que las mismas ostenten una participación, directa o indirecta, igual o superior al 10 por ciento del capital social o ejerzan en las mismas funciones que impliquen el ejercicio de poder de decisión.

Esta situación se origina porque el propio Real Decreto 1630/2011 contempla, en su disposición transitoria relativa a la *“Tramitación de conciertos con medios privados”*, que *“Hasta tanto se establezcan por el Ministerio de Trabajo e Inmigración los términos y condiciones de la adecuación de los conciertos con medios privados a lo establecido en este real decreto, las mutuas podrán seguir tramitando nuevos conciertos al amparo de la Orden TIN/2786/2009, de 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado Cas@, ...”*. Además, el objeto de la citada Orden CAS@, según su artículo primero, consiste simplemente en *“...la implantación del proceso telemático normalizado CAS@,...”*.

Es decir, lo que establece la Orden Casa@ es el mecanismo para que las mutuas comuniquen a la DGOSS los conciertos formalizados y estos sean autorizados, automáticamente, por el citado centro directivo.

Por tanto, y debido a la falta de desarrollo del Real Decreto 1630/2011, aunque la citada disposición transitoria sigue manteniendo el proceso para la tramitación de las autorizaciones y comunicaciones de los conciertos con medios privados, los requisitos que deben cumplir las mutuas para formalizar los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos (artículo 11), los requisitos de las entidades concertadas (artículo 12) y las condiciones económicas de los conciertos (artículo 13) son de obligado cumplimiento para las mutuas, al margen de la citada disposición transitoria.

II.1.2.2. APLICACIÓN EFECTIVA DEL REAL DECRETO 1630/2011

Con fecha 30 de octubre de 2014, la DGOSS comunicó al Tribunal que no se habían dictado las correspondientes normas de desarrollo del Real Decreto 1630/2011, debido a que se estaba tramitando la modificación del TRLGSS en la parte correspondiente a las mutuas. A este respecto cabe precisar, por un lado, que el citado Real Decreto lleva en vigor más de tres años, sin que haya sido objeto de desarrollo, y, por otro, que la Ley 35/2014 no regula los requisitos y condiciones que deben reunir las mutuas para poder concertar la asistencia sanitaria con medios ajenos, limitándose a señalar que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social debe aprobar los pliegos generales que regirán la contratación de las mutuas, así como las instrucciones de aplicación a los procedimientos que tengan por objeto contratos no sujetos a regulación armonizada, aprobación que todavía no se ha producido.

Independientemente de la falta de desarrollo del Real Decreto 1630/2011, que ha originado que algunas mutuas no adaptasen plenamente la formalización de los conciertos al contenido de aquel, la DGOSS no se ha ajustado al precitado Real Decreto, como se deduce de las siguientes incidencias que afectan a la gestión de las mutuas:

1ª. Ausencia de un registro de recursos sanitarios y recuperadores

El artículo 1.6 del Real Decreto 1630/2011 establece que en la DGOSS *“se llevará un registro de los recursos sanitarios y recuperadores para la dispensación de las prestaciones encomendadas a las mutuas, que deberá contener, al menos, información relativa a los centros propios y concertados, personal sanitario que presta servicios en los mismos y actividades de tales centros”*.

En las actuaciones fiscalizadoras realizadas en la DGOSS se ha verificado que dicho registro no ha sido creado, a pesar de haber transcurrido más de tres años desde la entrada en vigor del citado Real Decreto. En consecuencia, la DGOSS no dispone de información suficiente para realizar un adecuado seguimiento y control de los conciertos formalizados por las mutuas.

La única información correspondiente a las prestaciones de servicios sanitarios y de recuperación que remitieron las mutuas a la DGOSS sigue siendo la contemplada en la Orden CAS@, y consiste en una simple comunicación de datos generales sobre los conciertos (nombre de la mutua, datos de la persona física o jurídica con la que se concierta y una mera reseña de que el concierto cumple con las estipulaciones previstas en el modelo de concierto que señala el anexo II de la Orden CAS@)). En este sentido, la disposición adicional primera del Real Decreto 1630/2011 facultaba a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social para regular el registro de recursos sanitarios y recuperadores, regulación que todavía no se ha materializado.

2ª. Imposibilidad de verificar que las entidades concertadas están debidamente inscritas en el registro de recursos sanitarios y recuperadores

El artículo 12.c) del Real Decreto 1630/2011 señala que una de las condiciones para que las mutuas puedan concertar la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos privados es que los proveedores de asistencia sanitaria estén inscritos en el correspondiente registro que, a estos efectos, se llevará en la DGOSS. Como se ha señalado anteriormente, este registro no ha sido creado ni se ha tomado ninguna medida encaminada a su implantación, por lo que las mutuas están concertando la asistencia sanitaria con entidades que no están inscritas en un registro público.

Si bien es posible obtener la relación de personas físicas y jurídicas con los que las mutuas tienen suscritos conciertos en virtud de la información que estas envían en cumplimiento de la citada Orden CAS@, las mutuas carecen de información adecuada de todos los proveedores de asistencia sanitaria con los que pudieran realizar conciertos, lo que es contrario al principio de buena gestión que debería regir la adjudicación de estos conciertos, dado que, con anterioridad a la formalización de estos, no es posible comparar proveedores, precios y calidades.

3ª. Falta de acreditación de los requisitos de las mutuas para poder celebrar conciertos de asistencia sanitaria

El artículo 14 del Real Decreto 1630/2011 establece que, en el plazo de un mes a partir de la formalización del concierto de asistencia sanitaria, las mutuas lo comunicarán a la DGOSS, así como las prórrogas y rescisiones de conciertos que se produzcan. No obstante, las mutuas se limitaron a remitir los datos genéricos de los conciertos por el proceso telemático normalizado CAS@, pero no comunicaron si cumplían las condiciones establecidas en artículo 11 del mencionado Real Decreto, ni que se habían ajustado plenamente al TRLCSP, ni el acuerdo de la Junta Directiva de haber sido examinado el concierto correspondiente.

4ª. Ausencia de controles adecuados sobre las instalaciones sanitarias utilizadas por las propias mutuas

La disposición adicional segunda del Real Decreto 1630/2011 prevé la comunicación, por parte de las mutuas a la DGOSS, de la disponibilidad de sus instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores para que puedan ser utilizados por otras mutuas mediante el acuerdo correspondiente. Esta comunicación no ha sido realizada por ninguna mutua y tampoco ha sido exigida por la DGOSS, requisito necesario para evitar la infrutilización de los recursos propios asistenciales de las mutuas, en especial los hospitalarios, tal y como se puso de manifiesto por este Tribunal en el *“Informe de Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social”*, al que se ha hecho referencia con anterioridad.

5ª. Ausencia de estudios necesarios sobre optimización de los centros asistenciales de las mutuas

La disposición adicional tercera del Real Decreto 1630/2011 establece que la DGOSS crearía un grupo de trabajo para estudiar, con la colaboración de personal técnico de las mutuas de distinta dimensión, la posible optimización futura de los centros asistenciales y recuperadores de las mutuas, así como la adecuación de los conciertos con medios privados existentes a lo establecido por el citado Real Decreto.

Dicho grupo de trabajo no ha sido creado y, por tanto, no existe un estudio adecuado de la situación real operativa de los centros asistenciales de las mutuas. En consecuencia, no se ha realizado la valoración sobre la conveniencia o necesidad que justifiquen concertar la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos privados y evitar la infrautilización de sus propias instalaciones.

6ª. Falta de adecuación de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos formalizados con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto 1630/2011

La disposición final primera del Real Decreto 1630/2011 faculta a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social para fijar la adecuación de los conciertos con medios privados existentes a lo establecido en el propio Real Decreto. Durante el ejercicio fiscalizado no se ha ejercitado dicha facultad, por lo que los conciertos que estaban vigentes siguen incluyendo las cláusulas y condiciones inicialmente previstas, no adaptadas a las prescripciones del citado Real Decreto; en particular en lo que respecta a los plazos máximo de vigencia de los conciertos y de sus prórrogas, las condiciones de la entidad concertada y las tarifas aplicables.

Ante esta falta de desarrollo del Real Decreto 1630/2011, las mutuas presentaban, durante el ejercicio 2013, al menos cuatro situaciones diferentes respecto a los conciertos vigentes en el citado ejercicio, que se detallan a continuación:

- a) Conciertos formalizados antes del 30 de abril de 2008 (fecha de entrada en vigor de la LCSP), que se han regido, con carácter general, por normas de derecho privado.
- b) Conciertos formalizados entre el 1 de mayo de 2008 y el 18 de octubre de 2009, fecha de entrada en vigor de la Orden CAS@, que se han regido por las normas generales de contratación pública.
- c) Conciertos formalizados entre el 19 de octubre de 2009 y el 22 de noviembre de 2011 (fecha de entrada en vigor del Real Decreto 1630/2011), a los que eran plenamente de aplicación las prescripciones de la normativa de contratación pública y la Orden CAS@, sin tener presente las condiciones y requisitos exigidos en el citado Real Decreto y que, como se expone en el Subapartado II.3 de este Informe, las mutuas han seguido prorrogando los conciertos sin atenerse a la prescripciones del Real Decreto 1630/2011.
- d) Nuevos conciertos formalizados a partir de 23 de noviembre de 2011, a los que es de plena aplicación la normativa de contratación pública y el citado Real Decreto 1630/2011, si bien, como se expone en el Subapartado II.3 de este Informe, algunas mutuas no han adaptado plenamente su contenido a las prescripciones del citado Real Decreto.

7ª. Ausencia de memorias económico-financieras sobre las mutuas

No se han elaborado las memorias económico-financieras y de gestión de las mutuas correspondientes a los ejercicios 2012 y 2013, a pesar de lo establecido en el apartado k) del artículo 6.1 del Real Decreto 343/2012, de 10 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, lo que dificulta el cumplimiento de la obligación de la DGOSS de seguimiento efectivo de la gestión de las mutuas en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos.

II.1.3. Coordinación y tutela de la gestión de las mutuas, a realizar por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS)

El Real Decreto 343/2012, de 10 de febrero, dispone que corresponde a la DGOSS, entre otras, la coordinación y la tutela de la gestión de las mutuas, sin especificar en qué consisten ambas funciones. Para el cumplimiento de estas funciones, en lo que respecta a los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, la DGOSS requirió de las mutuas la siguiente información y documentación:

- Información sobre los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos transmitidos por las mutuas a través del proceso telemático normalizado CAS@.
- Expedientes de conciertos en soporte papel.
- Información estadística, mediante los ICGs.

II.1.3.1. INFORMACIÓN SOBRE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS PRIVADOS TRANSMITIDOS POR LAS MUTUAS A TRAVÉS DEL PROCESO TELEMÁTICO NORMALIZADO CASA@

La Orden CAS@ establece un procedimiento para que las mutuas remitan a la DGOSS información sobre los conciertos de asistencia sanitaria formalizados con entidades privadas y, a la vez, obtener la autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social para formalizar aquellos, conforme prevé el artículo 12.5 del Reglamento de Colaboración. A partir de la entrada en vigor de la Orden CAS@ el procedimiento se caracteriza por lo siguiente:

- 1º. La Orden CAS@ es de aplicación a todos los conciertos formalizados por las mutuas con entidades privadas. Sin embargo, no es extensible a los acuerdos formalizados con otras mutuas, a los convenios con otras Administraciones públicas y a los conciertos en los que la prestación de asistencia sanitaria se lleve a cabo en la propia instalación de la mutua por personal de la entidad concertada, así como a los tratamientos quirúrgicos o postquirúrgicos que se realicen con medios personales propios de la mutua pero en instalaciones del centro concertado. Dichos acuerdos deben ser remitidos a la DGOSS en soporte papel, con el riesgo de extravío y falta de control.
- 2º. La Orden CAS@ establece la obligación de utilizar un modelo normalizado de concierto de asistencia sanitaria con medios ajenos que contiene 16 estipulaciones. A pesar de ello, en la fiscalización se ha verificado que algunas mutuas no han utilizado este modelo ni han cumplido las estipulaciones en él recogidas, tal y como se señala en el Subapartado II.3 de este Informe.
- 3º. La Orden CAS@ establece que las mutuas deben contar con un informe expedido por la CA correspondiente sobre la adecuación de las instalaciones sanitarias del centro concertado. No

obstante, en muchos expedientes consta simplemente un escrito de la propia entidad concertada en el que señala que dispone de la acreditación de la CA, sin mayor justificación, deficiencia que no ha impedido que la mutua formalizase el correspondiente concierto.

- 4º. La cumplimentación de un formulario electrónico por parte de las mutuas, que genera el proceso telemático normalizado CAS@ y que conlleva la autorización automática por parte del Ministerio de Empleo y Seguridad Social sobre el concierto, sin exigir ninguna comprobación ni verificación de si la escasa información remitida es correcta o no. Y ello sin perjuicio de que no se verifica el cumplimiento de las condiciones y requisitos exigidos por el Real Decreto 1630/2011.
- 5º. El modelo previsto en la Orden CAS@ limitaba la vigencia para estos conciertos a un plazo de 4 años, que puede prorrogarse hasta 6. Sin embargo, en la fiscalización se ha comprobado que en el ejercicio 2013 las mutuas analizadas seguían aplicando estos plazos; y ello a pesar de que el Real Decreto 1630/2011, vigente en ese ejercicio, redujo aquellos a 2 años para los conciertos con centros hospitalarios y a un año para el resto, pudiendo prorrogarse por el doble de tiempo.
- 6º. La Orden CAS@ crea dos tipos de usuarios en el proceso telemático normalizado CAS@: a) los usuarios competentes, que son los directores gerentes de las mutuas para las solicitudes de autorización o comunicación; y b) los usuarios tramitadores, que son los funcionarios de la DGOSS con autorización para acceder a la aplicación.
- 7º. El modelo de concierto de la Orden CAS@ establece que la compensación económica a satisfacer por la mutua “*será la resultante de aplicar las tarifas por acto médico que se especifican en hoja anexa*”. Sin embargo, en algunos de sus conciertos (transporte en ambulancias y servicios de Anestesia y Reanimación) las mutuas habían pactado unas tarifas a tanto alzado y en otros tarifas por procesos, con independencia del número de actos médicos prestados, lo cual vulneraba la normativa aplicable. A este respecto, el Real Decreto 1630/2011 no aborda el tipo de tarifa a que hayan de someterse los conciertos¹⁴.

En el análisis de los expedientes de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos formalizados por las mutuas se han detectado las siguientes incidencias, derivadas del procedimiento de solicitud de autorizaciones y comunicaciones a la DGOSS:

1. No existe ningún usuario tramitador registrado en la DGOSS, lo que implica lo siguiente:
 - La información disponible en la DGOSS sobre los conciertos transmitidos a través del proceso telemático normalizado CAS@ se recibe directamente de la Gerencia de Informática de la Seguridad Social (GISS), unidad que tiene a su cargo la custodia, mantenimiento y salvaguarda de la base de datos. Mensualmente, la GISS envía por correo electrónico a la DGOSS información sobre las altas de nuevos conciertos.

Esta información no es analizada por la DGOSS, que no solicita a las mutuas información ulterior sobre estos conciertos o copia de los mismos, a pesar de la escasa información que

¹⁴ En la alegación a la recomendación 2ª del presente Informe, la DGOSS señala que comparte el criterio del Tribunal de que las tarifas de los servicios prestados deben ser por procesos médicos y no a tanto alzado y que incluirá este criterio en el futuro Reglamento de desarrollo del régimen de colaboración de las mutuas con la Seguridad Social y en sus normas de aplicación y desarrollo.

figura en el formulario correspondiente al proceso telemático normalizado CAS@ que deben cumplimentar las mutuas y que implica su autorización automática; y ello teniendo en cuenta que no se ha previsto la posibilidad de acceder desde la aplicación informática al contenido de los propios conciertos. En consecuencia, no existe un control eficiente por parte de la DGOSS, que únicamente se limita a obtener una copia de las altas mensuales de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, que traslada a la Intervención General de la Seguridad Social, a los efectos de su función inspectora.

- La DGOSS no dispone de una base de datos, completa y actualizada, de los conciertos de asistencia sanitaria formalizados por las mutuas con medios ajenos, por lo que, además de incumplir el Real Decreto 1630/2011, no puede efectuar un seguimiento y control adecuado de estos conciertos para verificar, en particular, si las entidades concertadas tienen acreditación de suficiencia de sus establecimientos sanitarios expedida por la CA correspondiente. Dicha carencia dificulta a la DGOSS la realización de un control efectivo sobre las tarifas previstas en los conciertos.

De todo lo anterior se deduce un incumplimiento del artículo 6 del mencionado Real Decreto 343/2012, que atribuye a la DGOSS la coordinación y tutela de la gestión de las mutuas. Asimismo, la autorización por parte del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, prevista en el artículo 12.5 del Reglamento de Colaboración, queda reducida a una mera comunicación y confirmación automática de datos, sin ninguna efectividad.

2. La normativa del procedimiento está regulada de tal manera que, en la práctica, aun cuando existieran usuarios tramitadores en la DGOSS que autorizaran los conciertos, dichas autorizaciones serían un mero trámite formal que no conllevaría comprobaciones efectivas sobre la conveniencia o no de suscribir dicho concierto, por las siguientes razones:

- Los datos que deben introducir las mutuas en el proceso telemático normalizado CAS@ para obtener la autorización son meramente identificativos del concierto, de acuerdo con el anexo I de la Orden CAS@ (nombre de la mutua y CIF, denominación y domicilio de la persona con la que se solicita el concierto), por lo que difícilmente la DGOSS puede basar la autorización administrativa en comprobaciones reales sobre la información contenida en los conciertos.
- La Orden CAS@ establece, en su artículo 4, que, *“cumplimentado debidamente el formulario electrónico (...) el proceso comunicará automáticamente la autorización de la solicitud transmitida y le asignará un código identificativo de referencia”*. Por tanto, la propia Orden contempla que la autorización se genera automáticamente por el sistema informático tras la simple cumplimentación de la solicitud por parte de la mutua, sin mediar ningún tipo de comprobación por la DGOSS.

En similares términos a los indicados anteriormente se pronuncia el artículo 14 del Real Decreto 1630/2011, que señala que *“en el plazo de un mes a partir de la formalización del concierto de asistencia sanitaria y recuperadora, la mutua lo comunicará a la DGOSS. En igual plazo se comunicarán las prórrogas y rescisiones de los conciertos que se produzcan”*.

- Con anterioridad a la entrada en vigor en la Orden CAS@ (18 de octubre de 2009) era la propia DGOSS la que comprobaba que los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos se ajustaban a los requisitos legalmente establecidos, previa solicitud de las mutuas. En particular, la DGOSS era la encargada de solicitar a las Administraciones públicas sanitarias competentes las acreditaciones de suficiencia de los establecimientos sanitarios privados con los que las mutuas pretendían celebrar los conciertos.

Sin embargo, a partir de la aprobación de la Orden CAS@, esta comprobación se trasladó implícitamente a las mutuas, a las que se les otorgó el perfil de “*usuarios competentes*” en la aplicación, con las funciones de “*comprobar y asegurar que el concierto recoge expresamente las estipulaciones que figuran en el anexo II y en dar respuesta con total precisión y veracidad a las cuestiones al efecto planteadas en el formulario electrónico*”. Es decir, aunque se especifica concretamente que las empresas concertadas deben tener la autorización de la CA, esta comunicación no es un acto administrativo de autorización explícita sino una mera transmisión de la información sin ningún efecto práctico alguno.

- La Orden CAS@ suprimió, de facto, la preceptiva autorización de la DGOSS de los conciertos con personas jurídicas privadas para la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora y dejó sus actuaciones relegadas a comprobaciones posteriores, al automatizar la respuesta, como se desprende de su artículo 4.1, que indica que “*Una vez cumplimentado debidamente el formulario electrónico, el proceso comunicará automáticamente la autorización de la solicitud transmitida y le asignará un código identificativo de referencia; todo ello con independencia de que como consecuencia de nuevos hechos o de comprobaciones posteriores puedan adoptarse las medidas que procedan*”.

En la fiscalización se ha verificado que estas comprobaciones posteriores tampoco se han realizado por parte de la DGOSS.

3. El artículo 14 de la Orden CAS@ establece que en la comunicación del concierto las mutuas acreditarán documentalmente la concurrencia de las circunstancias señaladas en el artículo 11 y el acuerdo de la Junta Directiva de la mutua justificativo de haber sido examinado el concierto por esta y de haberse comprobado que el centro sanitario concertado reúne las condiciones y requisitos estipulados en el concierto, así como de haberse ajustado a lo dispuesto en el TRLCSP.

Sin embargo, la DGOSS no comprueba ni la concurrencia de las circunstancias necesarias para poder concertar con medios privados (que las mutuas no tengan recursos suficientes y que no se pueda formalizar un acuerdo con otras mutuas ni un convenio con una Administración pública sanitaria), ni que el proveedor reúne los requisitos exigidos en el Real Decreto 1630/2011, ni que las tarifas de los conciertos se hayan ajustado a los precios de mercado, porque algunas mutuas han interpretado, indebidamente, que, al no haberse desarrollado el Real Decreto 1630/2011, no debían enviar a la DGOSS la información necesaria para realizar dicha comprobación. La DGOSS, por su parte, tampoco realizó ninguna comprobación posterior sobre esta materia.

Por tanto, es la propia mutua la que hace constar en el expediente que la entidad concertada cumple con los requisitos establecidos en la normativa aplicable, lo que supone un grave defecto de supervisión y control, al ser la propia mutua una de las partes interesadas en el procedimiento.

A pesar de que la DGOSS es la entidad que tiene encomendada la coordinación y tutela de la gestión de las mutuas en lo referente a los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, aquella se limita a recibir la información estadística que además no es completa y sin efectividad en relación con la tutela que debe ejercer sobre las mutuas. Por otra parte, aunque las mutuas remitieran dicha información, en la fiscalización se ha verificado que no existe personal suficiente en la DGOSS para realizar tales comprobaciones. Es más, tal y como se muestra en el anexo 5, la información disponible en la DGOSS sobre conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos

remitida por las mutuas a través de los ICGs no coincide ni siquiera con el importe total del artículo 25 del presupuesto de gastos de las mutuas. Así, todas las mutuas (salvo las mutuas NAVARRA y MAC) presentan diferencias entre la información de los ICGs y la deducida de su propia liquidación del presupuesto. Además, los dos Centros Mancomunados no remitieron información sobre los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, información que tampoco fue requerida por la propia DGOSS.

II.1.3.2. EXPEDIENTES DE CONCIERTOS EN SOPORTE PAPEL

Además de la información sobre los conciertos remitidos por las mutuas a la DGOSS a través del proceso telemático normalizado CAS@, aquellas también remitieron ciertos expedientes de conciertos en soporte papel. Estos conciertos pueden ser de cuatro tipos:

1. Convenios suscritos con otras Administraciones públicas sanitarias y Entidades Gestoras de la Seguridad Social.
2. Acuerdos suscritos con otras mutuas.
3. Conciertos en los que se establece que el personal sanitario de las mutuas prestará servicios a sus trabajadores asociados pero en las instalaciones de otros centros concertados.
4. Conciertos en los que se establece la prestación de servicios profesionales clínicos en las instalaciones de las mutuas por parte de los profesionales de la entidad concertada.

Todos estos conciertos han de ser autorizados expresamente por la DGOSS, salvo los suscritos entre mutuas, que solo han de ser comunicados a aquella.

La DGOSS había recibido un total de 25 expedientes en los que las mutuas solicitaron autorización para que su personal pudiera prestar servicios clínicos en un centro concertado privado (el más antiguo de 16 de agosto de 2012 y el más reciente de 16 de septiembre de 2014), con el siguiente desglose:

Cuadro n.º 4
EXPEDIENTES PARA SU AUTORIZACIÓN POR
LA DGOSS.
Ejercicios 2012 a 2014

EJERCICIO	SOLICITUDES 1	RESUELTOS 2	PENDIENTES 3=1-2	TIEMPO MEDIO DE RESOLUCIÓN (en días)
2012	9	0	9	-
2013	6	1	5	252
2014	10	2	8	52
TOTAL	25	3	22	-

Fuente: Información de la DGOSS.

Como se observa en el cuadro anterior, a la fecha de obtención de esta información (30 de octubre de 2014), solo tres de los 25 expedientes enviados por las mutuas habían sido resueltos por la DGOSS, y ello a pesar de que su formalización está concebida legalmente con carácter excepcional, de ahí la necesidad de que sean autorizados por la DGOSS.

Según la información de la DGOSS, este considerable retraso (los expedientes pendientes de resolver a 31 de octubre de 2014 acumulaban un tiempo medio de espera de 476 días) se debe a la falta de personal en este centro directivo.

La antigüedad de las solicitudes, junto con su falta de resolución por parte de la DGOSS, conlleva que las mutuas puedan proceder a formalizar el concierto sin autorización expresa, habida cuenta de que las solicitudes tienen su origen en la necesidad de cubrir un servicio asistencial. En el supuesto de los conciertos solicitados en el ejercicio 2012, para los que no se ha obtenido respuesta expresa por parte de la DGOSS, los expedientes pueden haberse entendido resueltos favorablemente mediante la figura del silencio administrativo, aun cuando para la formalización debería haberse dispuesto del oportuno certificado emitido por la propia DGOSS, lo que supone una evidente falta de control sobre estos conciertos.

II.2. SEGUIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN MIXTA PARA LAS RELACIONES CON EL TRIBUNAL DE CUENTAS Y DEL TRIBUNAL DE CUENTAS DERIVADAS DEL “INFORME DE FISCALIZACIÓN SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN DE LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL”

La “*Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social*”, cuyo Informe fue aprobado por el Pleno Tribunal de Cuentas en sesión de 26 de marzo de 2009, tenía como ámbito temporal los procedimientos de contratación utilizados por las mutuas durante los ejercicios 2005 y 2006.

En este sentido, conviene precisar que las mutuas históricamente han estado excluidas del ámbito subjetivo de aplicación de leyes que regulaban la contratación administrativa. Por ello, las recomendaciones del mencionado Informe iban encaminadas, fundamentalmente, a que las actuaciones de las mutuas en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos se adecuaran a las normas y principios de la contratación pública, aplicables al resto de entidades del sector público.

La LCSP recoge, expresamente, su aplicación a las mutuas, al considerarlas como un “*poder adjudicador*”, por lo que han quedado plenamente integradas en el ámbito subjetivo de aplicación de la normativa de contratación pública, integración que sigue existiendo actualmente.

Por todo ello, la mayor parte de las recomendaciones señaladas en el citado Informe del Tribunal carecen de validez actualmente, dado que las mutuas están plenamente sujetas a las prescripciones del TRLCSP, tal y como dispone su artículo 3.1.g).

II.2.1. Recomendaciones de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas

La Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en sesión de 26 de mayo de 2009, a la vista del *“Informe de fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social”*, adoptó diversos acuerdos, algunos de los cuales afectaban a las prestaciones de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, e instaba a diferentes órganos y entidades de las Administraciones públicas a su cumplimiento.

El análisis sobre el grado del cumplimiento de dichas medidas se refleja a continuación, en función de los destinatarios a los que la citada Comisión Mixta instaba a su cumplimiento.

II.2.1.1. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL GOBIERNO

1ª. *“Adoptar las medidas oportunas para adecuar el régimen de incompatibilidades de los directivos de las Mutuas y las prohibiciones que afecten al personal directivo y miembros de la Junta Directiva de aquellas entidades, a los principios inspiradores de la Ley de Regulación de Conflictos de Intereses de los Miembros del Gobierno y de los Altos Cargos de la Administración General del Estado y de la Ley de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, Instar a los responsables de las Mutuas a adoptar las medidas necesarias para el adecuado cumplimiento del régimen de incompatibilidades”:*

Esta recomendación derivaba de la existencia de incumplimientos de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones públicas. En este sentido, el Gobierno aprobó el Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, que recogía algunas de las recomendaciones efectuadas por la Comisión Mixta; en concreto:

- Respecto al régimen de incompatibilidades, el artículo 1.5 del mencionado Real Decreto señala que *“el personal sanitario que desarrolle las actividades sanitarias y recuperadoras encomendadas a las mutuas en las modalidades a las que se refiere el apartado 1, y que se encuentre afectado por lo previsto en el artículo 3.1 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones públicas, le será de aplicación el régimen de incompatibilidades vigente en la comunidad autónoma en la que se desarrollen tales actividades”*. No obstante, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social no ha aprobado disposiciones normativas concretas para verificar su cumplimiento ni ha instado a los responsables de las mutuas a adoptar las medidas oportunas para su verificación.
- En un sentido similar, el artículo 12 d) del Real Decreto 1630/2011 establece que las mutuas pueden concertar la asistencia sanitaria con medios ajenos con el proveedor correspondiente, pero este no debe *“tener ningún tipo de vinculación o relación comercial, financiera o de cualquier otra clase, con empresas representadas en la Junta Directiva de la mutua, con el representante de las mismas, con el Director Gerente o cualquier otra persona que ejerza funciones de dirección ejecutiva en la mutua.”*

El mencionado Real Decreto 1630/2011 no ha sido objeto de desarrollo por parte del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, por lo que las mutuas se limitan a incluir en el expediente de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, y no en todos los casos, un documento firmado por el propio proveedor de servicios en el que se limita a señalar que cumple expresamente lo dispuesto en el artículo 12.d) del citado Real Decreto, sin que las mutuas realicen las comprobaciones oportunas.

Por tanto, la recomendación de la Comisión Mixta ha sido cumplida normativamente por el Gobierno, al haber aprobado el Real Decreto 1630/2011, pero no con la efectividad necesaria, dado que el mencionado Real Decreto no ha sido objeto de desarrollo ni existe ningún órgano del Ministerio de Empleo y Seguridad Social que verifique que las mutuas cumplen estos requisitos para poder concertar la asistencia sanitaria con medios ajenos.

Por otra parte, en las mutuas fiscalizadas se ha observado que sus responsables no han adoptado medidas específicas para verificar el adecuado cumplimiento del régimen de incompatibilidades del personal a su servicio, tal y como exigía el acuerdo de la Comisión Mixta.

2ª. *“Evaluar permanentemente la calidad de la información suministrada por las Mutuas, a fin de garantizar que siga progresando el control de las entidades y el seguimiento de la ejecución presupuestaria de la misma”:*

- Con posterioridad al acuerdo de la Comisión Mixta, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social aprobó la Orden CAS@, que entró en vigor el 18 de octubre de 2009, que regula la información a suministrar a la DGOSS, en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos.

No obstante, la información remitida por las mutuas a la DGOSS en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos fue muy escasa y no ha permitido realizar un control adecuado. Además, este centro directivo no ha puesto en práctica las actuaciones oportunas tendentes a comprobar la veracidad de la documentación, por lo que no existió un adecuado control sobre la misma y la calidad de la información suministrada no fue óptima.

- Respecto al seguimiento presupuestario de la información suministrada al Ministerio de Empleo y Seguridad Social (a través de la DGOSS) en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, esta no realizó un seguimiento y control efectivo sobre dicha información. En concreto, durante el ejercicio 2013 todas las mutuas (excepto MAC y NAVARRA) y los dos Centros Mancomunados remitieron información errónea a la DGOSS o no la enviaron, dado que ni siquiera los importes de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos coincidía con la liquidación de su presupuesto de gastos, tal y como se recoge en el anexo 5 de este Informe, sin que la DGOSS exigiera la subsanación de estos errores.

Por tanto, respecto el acuerdo de la Comisión Mixta relativo a la calidad de la información suministrada en materia de conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos se ha avanzado pero no con la efectividad que sería necesaria para un adecuado control.

II.2.1.2. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

“Concebido como un poder adjudicador en la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público que den cumplimiento en sus procedimientos de contratación a todo lo establecido en dicha Ley”:

- Esta recomendación se formuló en este sentido, dado que cuando se aprobó el citado Informe ya estaba en vigor la LCSP (actualmente el TRLCSP), según la cual las mutuas ya se encuentran dentro del ámbito subjetivo de aplicación del TRLCSP, por lo que deben dar cumplimiento a las prescripciones de la citada norma, tal y como recomendaba la Comisión Mixta.

No obstante, del análisis de los expedientes de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos se ha verificado que las mutuas no habían ajustado, en términos generales, sus procedimientos de contratación a las prescripciones y principios del citado TRLCSP y demás normativa de aplicación. Es especialmente relevante que la Mutua FREMAP hubiera formalizado todos los conciertos en régimen de derecho privado al margen del citado TRLCSP; que la Mutua IBERMUTUAMUR no hubiera licitado todos los conciertos en el ejercicio 2013, tal y como prevé la citada Ley 30/2007; y que el Hospital Intermutual de Levante solo hubiera licitado un concierto en el mismo ejercicio.

Por otra parte, en las mutuas fiscalizadas la gestión de los conciertos para el transporte no se realizó eficientemente, dado que se establecieron tarifas fijas, con independencia de los servicios prestados.

Por tanto, la recomendación de la Comisión Mixta relativa a que las mutuas adapten sus procedimientos a lo establecido en la LCSP no se ha cumplido con la efectividad necesaria, teniendo en cuenta que, aunque la mayor parte de las mutuas fiscalizadas han adaptado sus instrucciones de contratación a la legislación, la deficiente aplicación de dichas instrucciones no se ha adecuado a los principios inspiradores de la contratación pública.

II.2.1.3. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

“Intensificar los esfuerzos tendentes a lograr acuerdos con las Comunidades Autónomas que fomenten los mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las mutuas, en materia de asistencia sanitaria, que posibiliten, además, que los profesionales sanitarios puedan compatibilizar el desempeño de su actividad profesional en centros asistenciales de las redes públicas de ambas partes”:

- De acuerdo con el artículo 11 del Real Decreto 1630/2011, uno de los requisitos que se exige para que las mutuas puedan concertar la prestación de servicios sanitarios y recuperadores con medios privados es que no exista ningún convenio con las Administraciones públicas sanitarias a través del cual se pueda dispensar de forma adecuada la prestación en el área geográfica de influencia en la que se precise dicha asistencia. Por tanto, el citado Real Decreto 1630/2011 promueve la celebración de acuerdos y convenios entre las mutuas y las Administraciones públicas sanitarias (Servicios Públicos de Salud de las CCAA, Entidades Gestoras de la Seguridad Social y otras mutuas), antes que con medios privados, por lo que sería razonable deducir que la concertación de asistencia sanitaria con estos últimos será más reducida que la realizada con las Administraciones públicas.

Sin embargo, hay que señalar que, tal y como se refleja en el anexo 4 de este Informe, las obligaciones reconocidas netas de las mutuas en el ejercicio 2013, correspondientes al artículo 25 del presupuesto de gastos, derivadas de los acuerdos y convenios suscritos con entidades públicas, ascendieron a 25.909.235 euros, mientras que las de los conciertos suscritos con medios privados alcanzaron los 243.478.353 euros. Es decir, el importe de los acuerdos y convenios suscritos con entidades públicas representó únicamente el 9,62% del total, mientras que el de los conciertos suscritos con entidades privadas fue del 90,38% restante.

En consecuencia, aun cuando el Real Decreto 1630/2011 establece que en la formalización de acuerdos y convenios con medios ajenos tendrán preferencia las Administraciones públicas sanitarias frente a los medios privados, en la práctica este tipo de acuerdos y convenios son minoritarios respecto a los suscritos con medios privados.

Por tanto, el acuerdo de la Comisión Mixta relativo a fomentar la cooperación entre Administraciones públicas se ha cumplido por el Ministerio, al impulsar la aprobación del citado Real Decreto, pero no se ha conseguido el objetivo de dotar de mayor importancia cuantitativa a los acuerdos y convenios con las Administraciones públicas.

- Respecto a la medida de posibilitar que los profesionales sanitarios puedan compatibilizar el desempeño de su actividad en centros asistenciales de las redes públicas de ambas partes, el Real Decreto 1630/2011 señala expresamente, en su artículo 1.5, que *“al personal sanitario que desarrolle las actividades sanitarias y recuperadoras encomendadas a las mutuas en las modalidades a las que se refiere el apartado 1, y que se encuentre afectado por lo previsto en el artículo 3.1. de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones públicas, le será de aplicación el régimen de incompatibilidades vigente en la comunidad autónoma en la que se desarrollen tales actividades”*.

Por tanto, el acuerdo de la Comisión Mixta ha sido cumplido en este extremo.

II.2.1.4. RECOMENDACIÓN DIRIGIDA AL TRIBUNAL DE CUENTAS

“Instar al Tribunal de Cuentas a que incluya en el próximo programa de fiscalizaciones una nueva fiscalización sobre las Mutuas, a fin de verificar el grado de cumplimiento de las resoluciones y de las recomendaciones por él formuladas en su Informe”:

Esta recomendación ha sido cumplida por este Tribunal, puesto que una vez que su Pleno aprobó, con fecha 26 de marzo de 2009, el Informe de fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las mutuas, el Tribunal de Cuentas ha venido efectuado el seguimiento de la gestión realizada por las mutuas en las siguientes fiscalizaciones:

- I. Programas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas desde el año 2010 al 2015, en los que se incluyen las siguientes actuaciones:
 - Declaración sobre la Cuenta General del Estado de cada ejercicio, de cuyo ámbito subjetivo forman parte las mutuas.
 - Recepción, examen y control de la relación de conciertos de asistencia sanitaria formalizados por las mutuas con medios ajenos que deben remitir al Tribunal de Cuentas conforme establece el artículo 29 del TRLCSP.

Asimismo, mediante la Resolución de 6 de abril de 2009, de la Presidencia del Tribunal de Cuentas, por la que se hace público el Acuerdo del Pleno de 26 de marzo de 2009, que aprueba la Instrucción General relativa a la remisión al Tribunal de Cuentas de los extractos de los expedientes de contratación y de las relaciones de contratos y convenios celebrados por las Entidades del Sector Público Estatal y Autonómico¹⁵, se estableció el procedimiento de remisión de los citados extractos al Tribunal de Cuentas.

- II. Programa de Fiscalización del Tribunal de Cuentas para el año 2012: en el que se incluyó la Fiscalización sobre la gestión y control de la Incapacidad Temporal por las entidades del Sistema de la Seguridad Social, cuyo Informe fue aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 27 de marzo de 2014. En el ámbito subjetivo de esta fiscalización se encontraban incluidas las mutuas.
- III. Programa de Fiscalización del Tribunal de Cuentas para el año 2013: en el que se incluyó la Fiscalización del inmovilizado no financiero de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, con especial referencia al proceso de segregación de los Servicios de Prevención Ajenos, cuyo Informe fue aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 30 de octubre de 2014.
- IV. Programa de Fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2014: en el que se incluyó la presente fiscalización, cuyo objeto son las prestaciones de servicios sanitarios y de recuperación con medios ajenos, formalizados por las mutuas, que deben dispensar a los trabajadores que prestan sus servicios en las empresas que tienen asociadas y a los trabajadores por cuenta propia adheridos a las citadas entidades.

Por tanto, se ha dado cumplimiento a la recomendación efectuada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas.

II.2.2. Recomendaciones del Tribunal de Cuentas

II.2.2.1. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL GOBIERNO

El Informe del Tribunal de Cuentas aprobado por su Pleno el 26 de marzo de 2009 recomendaba, en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, además de lo ya expuesto en el epígrafe anterior, lo siguiente:

“El Gobierno debería estudiar la conveniencia de promover una reforma de la Ley General de la Seguridad Social (Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio), que, partiendo de que las Mutuas son Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social y partiendo del carácter público de los fondos que integran la totalidad de los ingresos de estas Entidades, tuviera en cuenta los siguientes aspectos: ... a la sujeción del personal de las Mutuas, y en

¹⁵ Con fecha 1 de enero de 2014 ha entrado en vigor la Resolución de 10 de diciembre de 2013, de la Presidencia del Tribunal de Cuentas, que regula la remisión telemática al Tribunal de Cuentas de los extractos de los expedientes de contratación y de las relaciones de contratos, convenios y encomiendas de gestión celebrados por las entidades del Sector Público Estatal y Autonómico.

particular, de sus Directores Gerentes, a los preceptos y principios de la Ley 53/1984..... la prohibición de contratar a todas las sociedades contratistas o subcontratistas de las Mutuas..” (la recomendación del Tribunal respecto a la modificación del TRLGSS se refería, entre otras, a la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos).

El Gobierno ha promovido la citada modificación legislativa mediante la tramitación y posterior aprobación por las Cortes Generales de la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. En concreto, toda la Subsección segunda “*Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social*” de la Sección Cuarta del Capítulo VII del Título I, incluye los requerimientos del Tribunal de Cuentas, por lo que se ha dado cumplimiento a las recomendaciones efectuadas.

II.2.2.2. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

1ª. *“Teniendo en cuenta que, de facto, las Mutuas han externalizado la gestión del control y seguimiento de la Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes, a pesar de que no están normativamente habilitadas para ello, y que, a juicio de este Tribunal de Cuentas, resulta cuestionable dicha práctica no sólo jurídicamente, sino también económicamente dadas las dudas razonables que existen sobre su eficacia y eficiencia y las dificultades inherentes a su control, el Ministerio debería proceder “A establecer con claridad en el Reglamento la prohibición de contratar con terceros la gestión del control y seguimiento de la ITCC, si no considera necesaria su externalización. O bien, si se considera estrictamente necesaria dicha externalización, incluir en el artículo 80 del Reglamento sobre colaboración en la gestión una regulación pormenorizada del procedimiento y requisitos que deben cumplir las Mutuas para externalizar el control y seguimiento de la ITCC. Esta regulación debería contemplar la inclusión de estos contratos entre los tipos de contratos a celebrar por las Mutuas para los que se necesita la autorización previa del Ministerio de Trabajo e Inmigración, con el objetivo de facilitar al máximo su control”*”.

En relación con dicha recomendación hay que indicar lo siguiente:

- Durante el ejercicio 2013, las mutuas han seguido externalizando la gestión del control y seguimiento de los procesos de incapacidad temporal derivados de las contingencias comunes. En el cuadro 1 de este Informe se observa que 15 mutuas imputaron gastos en el programa presupuestario de incapacidad temporal por importe de 14.349.615 euros, el 5,16% de total del gasto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos.

Hasta finales del ejercicio 2014 no se había producido la modificación del Reglamento de Colaboración, como recomendaba el citado Informe del Tribunal de Cuentas, que no habilitaba expresamente a la externalización del control y seguimiento de la incapacidad temporal por contingencias comunes.

No obstante, el Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, dispone, en su artículo 1, que la asistencia sanitaria correspondiente a contingencias comunes que sea legalmente autorizada o que pueda realizarse y facturarse de conformidad con la normativa aplicable, se podrá hacer efectiva por aquéllas: ... “b) *Por medio de convenios con las Administraciones públicas sanitarias o mediante conciertos con medios privados*”. Es decir, esta norma ya permitía que la asistencia sanitaria derivada de las contingencias comunes se pudiera prestar mediante conciertos con entidades privadas.

No obstante, el citado Real Decreto establece una serie de cautelas, entre las que destaca la necesidad de ajustarse a lo establecido en el TRLCSP y la de que la DGOSS lleve un registro de los recursos sanitarios y recuperadores para la dispensación de las prestaciones encomendadas a las mutuas, que deberá contener, al menos, información relativa a los centros propios y concertados, personal sanitario que presta servicios en los mismos y actividades de tales centros.

Por su parte, la disposición adicional cuarta del citado Real Decreto regula la *“Colaboración en la prevención de la enfermedad profesional y en la reducción de los procesos de incapacidad temporal”*, al establecerse que con los medios privados concertados pueden las mutuas realizar las siguientes clases de actuaciones relacionadas con el control de los procesos de incapacidad temporal:

- El asesoramiento y desarrollo de planes de reducción de los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes.
- La elaboración de procesos y protocolos de reincorporación al trabajo.
- El diagnóstico precoz, el tratamiento y los procesos de rehabilitación necesarios para la reincorporación al trabajo.

Se trata de una colaboración en la gestión del control y seguimiento de la incapacidad temporal que, siempre que se cumplan los requisitos exigidos por el propio Real Decreto, podrá llegar a realizarse mediante los concertados con medios privados.

Algunos de estos presupuestos vienen dados por la necesidad de que se cumpla la exigencia legal de que *“las mutuas no dispongan de recursos sanitarios y recuperadores, incluidos los mancomunados, ni exista posibilidad de utilización de instalaciones de otras mutuas en condiciones económicas al menos tan ventajosas como las que ofrezcan los concertados privados o no exista convenio con las Administraciones públicas sanitarias a través de los cuales se pueda dispensar de forma adecuada la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora en el área geográfica de influencia en la que se precise dicha asistencia”*.

En este caso, las mutuas podrán concertar con medios privados dichas actuaciones conforme a lo dispuesto en los artículos 82 y 83 del Reglamento de Colaboración, de acuerdo con el cual, *“En el ámbito de la cooperación y coordinación entre las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Salud y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, las Mutuas podrán realizar los reconocimientos complementarios, pruebas médicas, informes, tratamientos e intervenciones quirúrgicas que se les interese, así como las actuaciones a que se refiere el artículo 82 (es decir, “la práctica de las pruebas diagnósticas o (...) la aplicación de tratamientos médicos o quirúrgicos prescritos por el Servicio de Salud correspondiente” cuya realización se esté demorando)*.

- Finalmente, la disposición adicional undécima de la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, ya clarifica para las mutuas el régimen de gestión de la prestación de incapacidad temporal por contingencias comunes y establece expresamente que *“Las Mutuas no podrán desarrollar las funciones de gestión de la prestación a través de medios concertados, sin perjuicio de recabar, en los términos establecidos en el apartado 5, los servicios de los Centros sanitarios autorizados para realizar pruebas diagnósticas o tratamientos terapéuticos y*

rehabilitadores que las mismas soliciten". El citado apartado 5 define lo que debe entenderse por actos de control y seguimiento de la prestación de incapacidad temporal.

Por otra parte, la Ley 35/2014 habilita a que las mutuas puedan realizar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores, con la finalidad de evitar la prolongación innecesaria de los procesos de incapacidad temporal, previa autorización del médico del Servicio Público de Salud y consentimiento informado del paciente.

Por tanto, el citado Ministerio ha impulsado los cambios legales oportunos para regular la gestión del control y seguimiento de los procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes para que puedan realizarse mediante conciertos con empresas privadas, siempre que se cumplan el resto de condiciones¹⁶.

- 2ª. *"El Ministerio de Trabajo e Inmigración debería, asimismo, estudiar la conveniencia y oportunidad de abordar una reforma de los artículos 82 y 83 del Reglamento sobre colaboración en la gestión, para ampliar las actuaciones sanitarias, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, actualmente reservadas a aquellas que tengan carácter de urgencia, que pueden realizar las Mutuas a favor de los trabajadores que perciban la prestación económica de Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes, en todos aquellos supuestos en los que este tipo de prestaciones asistenciales, de carácter sanitario, pudieran rebajar los tiempos medios de baja médica que dan derecho a esta prestación económica y, por tanto, incidir en la reducción del coste total de la incapacidad temporal"*.

En relación con esta recomendación hay que indicar lo siguiente:

- Mediante Resolución de 10 de junio de 2014, la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el *Informe de Fiscalización sobre la gestión y control de la incapacidad temporal por las Entidades del Sistema de la Seguridad Social*, aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 27 de marzo de 2014, volvía a instar al Ministerio de Empleo y Seguridad Social a impulsar las medidas oportunas para que las mutuas pudieran dispensar la asistencia sanitaria asociada a los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes, utilizando el personal e instalaciones asistenciales adscritos a la prestación derivada de contingencias profesionales y en la medida que permita su nivel de aprovechamiento.

A pesar de que no se han modificado los artículos 82 y 83 del Reglamento de Colaboración, tal y como recomendada el Tribunal de Cuentas, sí se han realizado los cambios legales oportunos, mediante la aprobación de la citada Ley 35/2014, tendentes a regular la prestación de asistencia sanitaria en los procesos de incapacidad temporal para rebajar los tiempos medios de baja médica que dan derecho a esta prestación económica, por lo que se ha dado cumplimiento a las recomendaciones del Tribunal de Cuentas.

¹⁶ En el trámite de alegaciones, la DGOSS e IBERMUTUAMUR, en relación con la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, aportan copia de la Instrucción de 22 de julio de 2015, en la que se imparten criterios para potenciar la utilización de los medios propio del resto de las mutuas con preferencia sobre los conciertos con medios privados. Asimismo, en la citada instrucción se reitera la prohibición de que las mutuas puedan desarrollar las funciones de gestión de la prestación a través de medios concertados, salvo para realizar las pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores, con la finalidad de evitar la prolongación innecesaria de los procesos para aquellos supuestos en los que no existan centros propios de la mutua o de otras mutuas en el área geográfica de su influencia.

3ª. *“La Ley 30/2007, de 30 de octubre, Para ello, el Ministerio de Trabajo e Inmigración debería extremar, al menos en la fase inicial de implantación de la Ley, el control sobre la contratación de las Mutuas, incidiendo especialmente en los siguientes aspectos:*

- *El alcance, homogeneidad y nivel de exigencia de las instrucciones en las que se regulen los procedimientos de contratación de cada Mutua, de obligado cumplimiento para cada una ellas, en las que, de acuerdo con las previsiones de la Ley de Contratos del Sector Público, se garantice la efectividad de los principios inspiradores de la Ley.*

En este sentido, el Ministerio de Trabajo e Inmigración debería promover que los procedimientos de contratación regulados en estas instrucciones internas, minimicen los riesgos de que las importantes deficiencias que se ponen de manifiesto a lo largo del presente Informe se sigan produciendo en el futuro...”.

En relación con esta recomendación hay que indicar lo siguiente:

- Como ya se ha señalado anteriormente, las mutuas deben aplicar la normativa general y específica de contratación pública. Sin embargo, algunas no han cumplido con los requisitos establecidos en dicha normativa.
- Respecto a las instrucciones internas de contratación que deben ser aprobadas por las mutuas, se ha comprobado, respecto a cada una de las entidades fiscalizadas, lo siguiente:
 - a) UMIVALE: ha aprobado las Instrucciones internas relativas al *“procedimiento de contratación, seguimiento y control para Centros concertados”*, *“procedimiento de verificación y pago de actuaciones sanitarias a Centros concertados”*. Son instrucciones referidas, expresamente, a la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos. Con fecha 31 de enero de 2014 aprobó nuevas instrucciones de contratación, por lo que esta mutua ha cumplido con la recomendación de este Tribunal.
 - b) FREMAP: ha aprobado, en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, la Circular A 45-2009 *“Conciertos Sanitarios con medios privados”* y la Circular A 106-2014 *“Protocolo sobre gestión de Conciertos de Asistencia Sanitaria”*.

La Circular A 45-2009 regula expresamente el sometimiento de los conciertos al TRLCSP. Sin embargo, la mutua ha formalizado todos los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, vigentes en el ejercicio 2013, en régimen de derecho privado, al margen de las normas y principios que rigen la contratación pública y su propia Circular.

Asimismo, la citada Circular establece que no se pueden suscribir conciertos en exclusiva y en todo ellos se facturará obligatoriamente por acto médico, siguiendo las instrucciones de la DGOSS y el criterio del Tribunal de Cuentas, extremos que tampoco han sido cumplidos por FREMAP.

- c) ASEPEYO: ha aprobado la Circular interna nº P-022/07.2 sobre conciertos sanitarios, que ha sido actualizada el 15 de enero de 2015, coincidiendo con los trabajos de fiscalización en la mutua. En la propia exposición de motivos se señala expresamente lo siguiente:

“Como es bien sabido,.. el propio Tribunal de Cuentas, con especial énfasis en los últimos meses, han demandado de la Mutua información muy amplia de todo el colectivo de entidades y profesionales externos que en mayor o menor medida colaboran con nuestra Mutua a la hora de dar la asistencia a trabajadores que han padecido un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Esta petición de documentación en unos casos, y de información en otros, ha permitido apreciar como la Mutua, a pesar de las instrucciones anteriores que al respecto se han venido dando, no está cumpliendo en tiempo y forma con las exigencias legales, incumplimiento que además de poder ser objeto de sanción para la Mutua, supone desatender los requerimientos que los organismos anteriores vienen haciendo. Ciertamente que existe un alto grado de cumplimiento, pero la realidad es que en ningún caso podemos acreditar estar al corriente en este tema.

Así pues, en atención a que resulta improrrogable que la actual situación se mantenga, la Entidad acuerda lo siguiente ..”

En consecuencia esta mutua ha cumplido con la recomendación de este Tribunal.

- d) MAC: no había aprobado ninguna instrucción interna específica ni manual de procedimientos sobre contratación en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos.

Así, según la propia entidad, *“se utiliza un procedimiento similar al procedimiento descrito en la Circular nº 3, de 15 de octubre de 2008, de Corporación Mutua en materia de gestión de conciertos sanitarios con medios ajenos”*, Circular que, además de no haber sido aprobado por MAC, ni siquiera regula el procedimiento para la formalización de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, por lo que esta entidad no ha cumplido esta recomendación, además de incumplir lo dispuesto en el artículo 191.b) del TRLCSP.

- e) IBERMUTUAMUR: ha aprobado una instrucción interna de contratación, de fecha 8 de noviembre de 2012. Asimismo, ha aprobado las Instrucciones de procedimiento sobre el manual del módulo de facturación. Por tanto, ha dado cumplimiento a la recomendación del Tribunal de Cuentas.
- f) Hospital Intermutual de Levante: ha aprobado instrucciones sobre *“Procedimiento de facturación”* y sobre *“procedimiento de contratación”*, si bien son instrucciones genéricas aplicables a todos los contratos y no específicamente a los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos.

4ª. *“..., el Ministerio de Trabajo e Inmigración debería reforzar, en general, el control sobre la gestión económico financiera de las Mutuas incrementando, entre otras posibles medidas, la colaboración y coordinación recíproca de los Centros Directivos que ejercen las funciones de dirección ejecutiva, inspección y control interno de la gestión económico financiera de las Mutuas, ...”.*

En relación con esta recomendación hay que indicar que, como ya se ha señalado en este Informe, a pesar de que la DGOSS es la entidad que tiene encomendada la coordinación y tutela de la gestión de las mutuas en lo que a los conciertos de asistencia sanitaria se refiere, en la práctica este organismo se limita a recibir de las mutuas información muy limitada sobre dichos conciertos, sin realizar ninguna comprobación adicional, debido, por una parte, a que la información que envían las mutuas mediante el proceso telemático normalizado CAS@ no permite verificar ni el cumplimiento de las circunstancias necesarias para poder suscribir conciertos, ni el cumplimiento de los requisitos por parte de las entidades concertadas, ni que las tarifas se ajusten a los precios de mercado.

Por otra parte, aun cuando las mutuas remitieran dicha información, no existe personal suficiente en la DGOSS para realizar las correspondientes tareas de verificación y comprobación.

En consecuencia, y en el ámbito concreto de la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, no ha sido cumplida la recomendación.

5ª. *“Este Tribunal de Cuentas considera conveniente potenciar el control, no sólo sobre los aspectos reseñados en las recomendaciones anteriores, sino, asimismo, sobre los siguientes aspectos:*

5.1 *“La disparidad de tarifas abonadas por las Mutuas a los distintos proveedores de asistencia sanitaria”.*

En relación con esta recomendación hay que indicar que el artículo 13 del Real Decreto 1630/2011 dispone que la fijación de las tarifas aplicables a los conciertos de asistencia sanitaria con medios privados deberán ajustarse a los precios de mercado en el área geográfica de influencia, y en función de la utilización de tales servicios sanitarios y recuperadores, al precio económicamente más ventajoso para la mutua.

No obstante, la DGOSS no comprueba tales extremos. Es más, en ningún expediente se justifica dicha comprobación.

La verificación de que las tarifas son adecuadas a los precios de mercado sería factible siempre y cuando la DGOSS llevase el registro de los recursos sanitarios y de recuperación para la dispensación de las prestaciones encomendadas a las mutuas, que al centralizar toda la información sobre tarifas, entre otras materias, podría realizar análisis y estudios sobre las tarifas aplicables para la asistencia sanitaria concertada con terceros.

En consecuencia, y en el ámbito concreto de la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos no se ha dado cumplimiento a la recomendación del Tribunal de Cuentas, al no haberse potenciado el control sobre las tarifas abonadas por las mutuas a los proveedores de asistencia sanitaria concertada.

II.3. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN POR LAS MUTUAS DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

El cuadro nº 1 del presente Informe incluye las obligaciones reconocidas netas en el ejercicio 2013 imputadas al artículo 25 de sus presupuestos por el conjunto de las mutuas en concepto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos. Teniendo en cuenta los datos del citado cuadro, en la fiscalización se seleccionaron las siguientes mutuas:

- La Mutua FREMAP, que es la que abonó un mayor importe por este concepto (el 19,30% del total de mutuas). Además, la entidad destinó 53.636.173 euros a financiar los gastos de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, habiendo sido la que mayores recursos aplicó a esta finalidad en el ejercicio 2013, en particular al programa de medicina hospitalaria (el 54% sobre el total).
- La Mutua ASEPEYO, que es la segunda en volumen de facturación por este concepto (un 12,35% sobre el total). Además, fue una de las cinco que formaban parte de la muestra complementaria para las principales áreas de riesgo seleccionada en la *“Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social”*, cuyo Informe fue aprobado por el Pleno de este Tribunal el 26 de marzo de 2009, por lo que se consideró necesario analizar la evolución de la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos por esta mutua.

Por otra parte, ASEPEYO aplicó 34.303.480 euros a financiar los gastos de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos.

- La Mutua IBERMUTUAMUR, que fue una de las tres que formaban parte de la muestra principal seleccionada en la *“Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social”*, indicada anteriormente. El importe de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos en el ejercicio 2013 de esta mutua fue del 6,43%, (el sexto lugar respecto al conjunto de todas las mutuas).
- La Mutua UMIVALE, debido a que su gasto representa el 4,10% del total imputado por las mutuas en el artículo 25, así como por presentar un gasto por este concepto, en función de los trabajadores protegidos, un 13% superior a la media.

Por otra parte, UMIVALE es la segunda mutua con mayor volumen de gasto en asistencia sanitaria concertada con medios ajenos en el programa de incapacidad temporal. En concreto, un 12%, muy superior a la media del conjunto de Mutuas que fue del 5%.

- La Mutua MAC, debido a que es la que presenta la mayor ratio entre el importe facturado por asistencia sanitaria concertada con medios ajenos respecto al número de trabajadores protegidos (7,76 euros por trabajador protegido). Dicha mutua fue la única que superó, para un solo concierto, el importe de 7 euros por trabajador.
- El Hospital Intermutual de Levante, debido a que es el que presenta un mayor volumen de facturación en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos de los dos Centros Mancomunados. Además, todos sus gastos por este concepto se realizaron sin ningún concierto. El importe de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos en el ejercicio 2013 de este Hospital fue del 0,71%.

De lo anteriormente expuesto se deduce que el gasto en asistencia sanitaria concertada con medios ajenos realizado por las cinco mutuas y el Hospital Intermutual de Levante, seleccionados en la presente fiscalización, representa el 44% del total del artículo 25 del presupuesto del conjunto de mutuas. Además, los trabajadores protegidos por estas mutuas representan el 53% del total.

Estas mutuas y el Hospital Intermutual de Levante habían formalizado 5.614 conciertos y 2.828 operaciones de asistencia sanitaria sin concierto, cuyo gasto se imputó al ejercicio 2013, de los que se han fiscalizado el 100% en soporte informático y 224 en soporte papel.

La exposición de los resultados que figura en los epígrafes siguientes se ha realizado teniendo en cuenta las incidencias detectadas, el volumen de contratación, la información disponible y, finalmente, al contenido de las instrucciones de cada mutua y su adecuación a la normativa de contratación pública, que difieren entre sí.

II.3.1. FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

II.3.1.1. CONSIDERACIONES GENERALES

En el ejercicio 2013, FREMAP aplicó 32.647.654 euros a realizar controles médicos y a prestar asistencia sanitaria derivada de contingencias comunes, de los cuales 4.095.492 euros (el 12,54%) lo fueron a través de medios concertados.

Asimismo, FREMAP destinó 163.843.486 euros a la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora derivada de contingencias profesionales, de los cuales 114.302.804 euros (el 69,76%) corresponden a prestaciones con medios propios y el 30,24% restante (49.540.681 euros) a prestaciones realizadas con medios ajenos, de los que 20.414.765 euros se refieren a medicina ambulatoria y los restantes 29.125.916 euros a medicina hospitalaria.

En el cuadro siguiente se refleja la evolución del gasto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos realizado por FREMAP e imputado al artículo 25 de su presupuesto de gastos en los ejercicios 2012 y 2013:

Cuadro n.º 5
GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA
CONCERTADA CON MEDIOS AJENOS. FREMAP
Ejercicios 2012 y 2013

(En euros)

PROGRAMA PRESUPUESTARIO	2012 1	2013 2	Variación (2012/2013) $4 = \frac{(2-1) \times 100}{1}$
1102 Incapacidad temporal	3.768.110	4.095.492	8,68
2122 Medicina ambulatoria	22.556.103	20.414.765	(9,49)
2224 Medicina hospitalaria	28.511.396	29.125.916	2,15
TOTAL	54.835.609	53.636.173	(2,18)

Fuente: Cuentas rendidas al Tribunal de Cuentas.

Del cuadro anterior se deduce que el gasto en asistencia sanitaria concertada con medios ajenos disminuyó un 2,18% en el ejercicio 2013 respecto al anterior, siendo especialmente destacable el programa presupuestario de medicina ambulatoria, con un descenso del 9,49%.

Pese a la amplia red de centros asistenciales de que dispone FREMAP (166 ambulatorios y 4 hospitales), según el Informe de gestión del ejercicio 2013, los pacientes que recibieron la primera

atención en un centro ambulatorio de FREMAP tan solo alcanzaron el 47%, siendo atendido el resto en centros ajenos, tanto públicos como privados¹⁷.

Los conciertos suscritos por FREMAP vigentes en el ejercicio 2013 tienen los siguientes objetivos:

- La cobertura de la asistencia sanitaria de urgencia durante las doce horas en las que los centros asistenciales de FREMAP permanecen cerrados, y la de la asistencia ambulatoria total en las localidades donde la mutua no dispone de centros propios.
- La prestación de asistencia sanitaria hospitalaria en todo el territorio nacional, incluso parcialmente en las provincias en las que FREMAP dispone de hospital propio, ya que, como se ha podido comprobar durante la fiscalización, dichos hospitales prestan, en mayor o menor medida, algunas de sus especialidades bajo la modalidad de concierto con entidades privadas.
- La cobertura de determinadas especialidades médicas (dermatología, oftalmología, etc.) y la realización de pruebas diagnósticas.

Las incidencias observadas en el análisis de los conciertos formalizados por FREMAP vigentes durante el ejercicio 2013 se detallan en los siguientes epígrafes.

II.3.1.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

A.- Modalidades de prestación de asistencia sanitaria

Las obligaciones reconocidas netas en el artículo 25 del presupuesto de FREMAP durante el ejercicio 2013, en concepto de prestaciones de asistencia sanitaria con medios ajenos, ascendieron a 53.636.173 euros, siendo su desglose por programas y subconceptos presupuestarios el siguiente:

¹⁷ En el trámite de alegaciones FREMAP señala que el porcentaje de primeras asistencias se debió a que estas se prestaron en centro sanitario público, como consecuencia de asistencias de urgencias imprevisibles para la mutua.

Cuadro n.º 6
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS.
FREMAP
Ejercicio 2013

(En euros)

PROGRAMA	SUBCONCEPTO		OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS		
			Accidente de Trabajo	Contingencias Comunes	TOTAL
1102	2582	Otros servicios asistencia sanitaria	0	4.095.492	4.095.492
TOTAL 1102			0	4.095.492	4.095.492
2122	2512	Con Comunidades Autónomas	28.747	0	28.747
2122	2515	Con entidades privadas	14.967.326	0	14.967.326
2122	2518	Con otras entidades del sistema	30.085	0	30.085
2122	25431	Conciertos para Rnm	1.661.737	0	1.661.737
2122	25432	Conciertos para TAC	184.222	0	184.222
2122	25439	Otros	487.179	0	487.179
2122	2545	Conciertos rehabilitación-fisioterapia	419.251	0	419.251
2122	2551	Servicios concertados de ambulancias	616.834	0	616.834
2122	2581	Reintegro gastos asistencia sanitaria	34.821	0	34.821
2122	2582	Otros servicios asistencia sanitaria	1.984.563	0	1.984.563
TOTAL 2122			20.414.765	0	20.414.765
2224	2522	Con Comunidades Autónomas	595.486	0	595.486
2224	2525	Con entidades privadas	14.873.321	0	14.873.321
2224	2528	Con otras entidades del sistema	235.324	0	235.324
2224	2581	Reintegro gastos asistencia sanitaria	7.989	0	7.989
2224	2582	Otros servicios asistencia sanitaria	13.413.796	0	13.413.796
TOTAL 2224			29.125.916	0	29.125.916
TOTAL ARTÍCULO 25			49.540.681	4.095.492	53.636.173

Fuente: Liquidación del presupuesto de gastos de FREMAP.

Como se deduce del cuadro anterior, el 92,36% de las obligaciones reconocidas netas corresponde a prestaciones de asistencia sanitaria con medios ajenos derivadas de contingencias profesionales (programas presupuestarios 2122 y 2224), mientras que el restante 7,64% incluye los controles médicos y prestaciones de asistencia sanitaria de urgencia derivadas de contingencias comunes (programa 1102).

Aunque el artículo 9 del Real Decreto 1630/2011 prevé que las mutuas puedan celebrar convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias de las CCAA para la utilización recíproca de los recursos sanitarios y recuperadores respectivos, el gasto imputado en los subconceptos 2512 y 2522 (convenios de asistencia sanitaria con CCAA) apenas representa el 1,16% del importe total del artículo 25, lo que evidencia que la colaboración entre FREMAP y los Servicios Públicos de Salud de las CCAA y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) fue muy escasa en el ejercicio 2013¹⁸.

De igual forma, el artículo 11 del Real Decreto 1630/2011 establece que solamente puede acudir a la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora mediante concierto con medios privados en caso de que las mutuas no dispongan de ellos, *“ni exista la posibilidad de utilización de instalaciones de otras mutuas en condiciones económicas al menos tan ventajosas como las que ofrezcan los conciertos privados o no exista convenio con las Administraciones públicas sanitarias*

¹⁸ En relación con la alegación de FREMAP, en la que señala que existió colaboración con los Servicios de Salud de las CCAA, cabe matizar que esta no se realizó en virtud de un convenio de colaboración con estas administraciones, sino que la asistencia prestada a los trabajadores se efectuó en situación de urgencia y, dada la magnitud de los gastos efectuados por la mutua sin concierto, se considera necesario que se formalice el correspondiente convenio.

a través de los cuales se pueda dispensar de forma adecuada la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora en el área geográfica de influencia en la que se precise dicha asistencia". Sin embargo, el gasto realizado por FREMAP en otras Entidades del Sistema de la Seguridad Social (subconceptos 2518 y 2528) fue de tan solo del 0,49% del total imputado en concepto de asistencia sanitaria con medios ajenos.

Estos porcentajes denotan que FREMAP recurrió preferentemente a la prestación de servicios sanitarios y recuperadores con medios privados, lo que es contrario al espíritu de la normativa vigente.

Por otra parte, la concertación de la asistencia sanitaria con los Servicios Públicos de Salud, en la actualidad casi inexistente en FREMAP, permitiría aplicar tarifas inferiores, con el consiguiente ahorro de costes al Sistema de la Seguridad Social. A modo de ejemplo, la suscripción, el 2 de abril de 2013, de un convenio sanitario con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, le supuso a FREMAP un ahorro del 6% en el ejercicio 2013¹⁹.

Asimismo, destaca el elevado volumen (19.493.851 euros, el 36,34%) de los gastos de asistencia sanitaria y recuperadora abonados a personas físicas y jurídicas e imputados al subconcepto 2582 "Otros servicios de asistencia sanitaria", aun cuando su utilización debería ser excepcional, por tratarse de un concepto residual al que deben aplicarse exclusivamente los gastos de asistencia sanitaria prestados por terceros que no cuenten con concierto previo y que no tengan el carácter de reintegros de asistencia sanitaria soportados por los beneficiarios. Sin embargo, en la fiscalización se ha observado lo siguiente:

- El importe total de las obligaciones reconocidas en el artículo 25 del programa presupuestario 1102 (4.095.492 euros) por la asistencia sanitaria prestada a asegurados de la mutua en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes fue imputado indebidamente al subconcepto 2582, existiera o no concierto con la entidad que realizó las prestaciones sanitarias, teniendo en cuenta que, si existe aquel, debe aplicarse al subconcepto específico correspondiente en función del tipo de entidad o naturaleza del gasto²⁰.
- Se imputaron al citado subconcepto 2582 un importe de 1.984.563 euros (el 9,72% de las obligaciones reconocidas en el artículo 25 del programa 2122 de atención primaria) y 13.413.796 euros (el 46,05% de las obligaciones reconocidas en el mismo artículo del programa 2224 de atención especializada) debido, fundamentalmente, a la inexistencia de convenios entre FREMAP y las Administraciones públicas sanitarias, para atender las urgencias, consultas sucesivas, rehabilitación, pruebas complementarias, etc.

Asimismo, dado que FREMAP había formalizado un convenio de colaboración con el Instituto Nacional de la Seguridad Social el 15 de diciembre de 2009, prorrogado para 2013 el 19 de diciembre de 2012, el gasto derivado de este concierto en el ejercicio 2013, por

¹⁹ En el trámite de alegaciones FREMAP considera que el ahorro del 6% en el convenio sanitario suscrito con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud fue una excepción. Sin embargo, este Tribunal lo considera un modelo de convenio que debería extenderse a otras CCAA, fundamentalmente por el menor coste que conlleva.

²⁰ No puede aceptarse la alegación de FREMAP relativa a que las actuaciones de incapacidad temporal por contingencias comunes no están incluidas en la Orden CAS@ -y por tanto no tienen la consideración de asistencia sanitaria concertada-, dado que si existe concierto, aunque sea de incapacidad temporal por contingencias comunes el gasto derivado del mismo debe aplicarse al subconcepto presupuestario específico y no al subconcepto genérico 2582.

importe de 157.652 euros, se imputó indebidamente al subconcepto 2582, en el que solo procede aplicar los gastos sin convenio.

En el ejercicio 2013, el marco jurídico en el que FREMAP desarrolló la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos fue el siguiente:

Cuadro n.º 7
MODALIDADES DE PRESTACIÓN DE
ASISTENCIA SANITARIA. FREMAP
Ejercicio 2013

MODALIDAD	ENTIDADES	FECHA DE SUSCRIPCIÓN
Tres Acuerdos de colaboración con MATEPSS para la prestación de asistencia a FREMAP ²¹	Acuerdo con SOLIMAT	4/6/2013
	Acuerdo con CESMA	1/6/2010
	Acuerdo con Mutua Balear	2/1/2007 Modificado el 2/1/2010
Dos Convenios de colaboración con Administraciones públicas sanitarias y Entidades Gestoras de la Seguridad Social	Convenio con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud	2/4/2013
	Convenio de colaboración suscrito con el Instituto de Salud Carlos III, para el estudio, asesoramiento y calificación de dermatopatías en el ámbito laboral	1/7/2010
1.308 Conciertos ²² suscritos para la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos	Personas físicas o jurídicas privadas	Desde 1992 a 2013
177 Proveedores de asistencia sanitaria sin acuerdo, convenio o concierto	Fundamentalmente, Servicios Públicos de Salud	n/a

Fuente: Información facilitada por FREMAP.

Como se deduce del cuadro anterior, FREMAP recurrió con prioridad a medios privados (1.308 conciertos), en lugar de a la colaboración con otras mutuas (únicamente 3 convenios), por lo que no se cumplen los requisitos exigidos en el Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, sobre la optimización de los recursos sanitarios públicos.

De igual forma, la colaboración con las Administraciones públicas sanitarias de las CCAA para la utilización recíproca de los recursos sanitarios y recuperadores, prevista en el artículo 9 del Real Decreto 1630/2011, ha sido residual, reduciéndose a la suscripción de un convenio con Osakidetza- Servicio Vasco de Salud, y a otro con el Instituto de Salud Carlos III, basado en la especificidad de las pruebas que realiza esta entidad.

Conviene señalar que en la introducción del Real Decreto 1630/2011 se señala que se *“parte, como principio general, de la plena utilización de los recursos sanitarios de las MATEPSS, reservando la posibilidad de acudir a los medios privados a los supuestos de inexistencia, insuficiencia o no disponibilidad de recursos sanitarios de las MATEPSS o de inexistencia de convenios con las Administraciones públicas sanitarias, y siempre que dichos medios privados cuenten con la*

²¹ Como proveedor de asistencia sanitaria, FREMAP tenía suscritos sendos acuerdos, de 29 de julio de 2010 y 21 de octubre de 2010, respectivamente, con Mutua Universal para la prestación de asistencia sanitaria y rehabilitadora a los asegurados de esta mutua en los centros de FREMAP de Melilla y Vigo.

²² Datos del ICG07 remitido a la DGOSS correspondientes al ejercicio 2013. Según dicha información, 23 de estos conciertos no estaban en vigor a 31/12/2013.

aprobación de las referidas Administraciones públicas sanitarias y reúnan las demás condiciones que se establecen en el propio Real Decreto”.

Sin embargo, como se expone en el Subepígrafe siguiente, al excesivo peso otorgado por FREMAP a la concertación sanitaria con medios privados como modalidad de prestación de asistencia sanitaria y rehabilitadora a sus asegurados, se une el hecho de que los procedimientos utilizados para la concertación sanitaria vulneraron la normativa aplicable en materia de contratación.

B.- Cumplimiento de la normativa de contratación pública

Desde el 30 de abril de 2008 (fecha en que la aplicación de la normativa de contratación pública se extendió a las mutuas) y hasta 31 de diciembre de 2013, los conciertos de FREMAP sobre asistencia sanitaria con medios ajenos no han sido sometidos a los procedimientos de contratación previstos en dicha normativa.

Por otra parte, las Instrucciones de contratación de FREMAP, dictadas en cumplimiento del artículo 191.b) del TRLCSP, no fueron aprobadas por el Director Gerente de la mutua hasta el 14 de enero de 2013. Es más, a la conclusión de los trabajos de fiscalización, FREMAP no había licitado ninguno de los conciertos, por importe superior a 50.000 euros, que tenía suscritos con sus proveedores de asistencia sanitaria, limitándose la concurrencia competitiva, en los nuevos conciertos suscritos, a la solicitud de tres presupuestos.

De acuerdo con la información facilitada al Tribunal de Cuentas, a 31 de diciembre de 2013 estaban en vigor, al menos, 262 conciertos con proveedores, por un importe total de 28.914.096 euros (el 53,91% de las obligaciones reconocidas netas en el artículo 25), pendientes de someter a un procedimiento abierto o restringido, cuya facturación superaba, salvo en un caso, los 50.000 euros durante su período de vigencia, y cuyo desglose figura en el cuadro siguiente:

Cuadro n.º 8
CONCIERTOS PENDIENTES DE
PROCEDIMIENTO ABIERTO O RESTRINGIDO A
31/12/2013. FREMAP

(En euros)

AÑO DE FORMALIZACIÓN	NÚMERO	CONTINGENCIAS PROFESIONALES	CONTINGENCIAS COMUNES	TOTAL	PROMEDIO POR CONVENIO
1992	2	867.779	9.334	877.113	438.557
1998	1	41.020	0	41.020	41.020
1999	32	4.956.707	332.278	5.288.985	165.281
2000	21	1.940.597	219.280	2.159.877	102.851
2001	15	1.377.167	225.670	1.602.837	106.856
2002	9	796.684	127.192	923.876	102.653
2003	5	893.798	222.104	1.115.902	223.180
2004	19	1.906.623	419.150	2.325.773	122.409
2005	21	2.473.213	456.162	2.929.375	139.494
2006	7	473.474	113.124	586.598	83.800
2007	21	2.119.305	243.218	2.362.523	112.501
2008	59	4.433.444	353.075	4.786.519	81.127
2009	10	934.487	82.027	1.016.514	101.651
2010	22	1.356.870	115.753	1.472.623	66.937
2011	11	894.757	189.047	1.083.804	98.528
2012	6	179.656	66.725	246.381	41.064
2013	1	91.456	2.920	94.376	94.376
TOTAL	262	25.737.037	3.177.059	28.914.096	110.359

Fuente: Información aportada por FREMAP.

Sobre dichos conciertos cabe destacar lo siguiente:

- Cincuenta y cinco conciertos, por importe para cada uno de ellos superior a 50.000 euros (6.867.417 euros en total), fueron suscritos con posterioridad al 30 de abril de 2008, fecha de entrada en vigor de la LCSP, en virtud de la cual las mutuas estaban incluidas en la legislación de contratación pública, con la consideración de poderes adjudicadores. Aunque tanto en la LCSP como en el posterior TRLCSP se preveía su licitación, FREMAP siguió adjudicando dichos conciertos de forma directa.
- En el ejercicio 2013, FREMAP siguió prescindiendo de la preceptiva licitación en el concierto suscrito el 21 de octubre con la empresa 1, cuya facturación a partir de esta fecha y hasta final del ejercicio 2013 ascendió a 94.376 euros. Es más, en enero de dicho año FREMAP había aprobado sus Instrucciones internas de contratación, de obligado cumplimiento en el ámbito interno de la mutua, en cuya instrucción 11 se exigía la licitación de los contratos superiores a 50.000 euros, licitación que no se llevó a cabo.
- En el expositivo quinto del modelo de concierto para la prestación de asistencia sanitaria aprobado mediante la Orden CAS@, de obligada utilización en la formalización de los conciertos suscritos desde su entrada en vigor, figura expresamente *“que la formalización del concierto que se transmite se lleva a cabo de conformidad con lo establecido en la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público”*.

En este sentido, la circular 45/2009, de FREMAP, refiriéndose al modelo de concierto de la Orden CAS@, señala que *“Hay que tener en cuenta que en este modelo de concierto se indica que su formalización se llevará a cabo de conformidad con lo establecido en la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público. Por ello, en todos aquellos casos en que se prevea una facturación, durante su vigencia, superior a 50.000€ los conciertos deberán adjudicarse a través de concurso público y los que facturen de 3.000 a 50.000€, será preciso obtener tres ofertas, como requisito previo a la firma del concierto”*.

A pesar de lo indicado anteriormente, FREMAP efectuó a través del sistema telemático CAS@ las pertinentes comunicaciones y solicitudes de autorización de conciertos a la DGOSS, por lo que dichas actuaciones no se ajustaron a los preceptos de la LCSP.

- Es especialmente significativo que FREMAP, a pesar de su vigencia temporal tan dilatada, no haya sometido a licitación ninguno de los 207 conciertos (cuyas obligaciones reconocidas en el ejercicio 2013 ascendieron a 22.046.679 euros) suscritos con anterioridad a la entrada en vigor de la LCSP, y por tanto adjudicados con menos garantías que las exigibles en esta norma.

Con dichas actuaciones, FREMAP, mediante su renovación tácita anual, ha mantenido durante un tiempo tan prolongado (en algunos casos por más de veinte años) conciertos con un mismo adjudicatario, actuación que no se corresponde con una gestión adecuada y económica de los fondos públicos, superando los límites legales establecidos y contraviniendo los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, igualdad y no discriminación exigibles en la adjudicación de los contratos de gestión de servicios públicos.

Además, este procedimiento no garantiza que las tarifas obtenidas por FREMAP se ajusten a los precios de mercado ni un equilibrio entre las de distintos proveedores de las mismas prestaciones sanitarias, sobre todo en los contratos de mayor antigüedad; situación que no se corresponde tampoco con *“la salvaguarda de la libre competencia y la adjudicación de*

los contratos a quien presente la oferta económicamente más ventajosa”, señalada expresamente en las Instrucciones de contratación de la propia mutua.

Respecto a los conciertos que no superaban los 50.000 euros, a 31 de diciembre de 2013 existían 1.046, por un importe de 7.258.841 euros (el 13,53% de las obligaciones reconocidas netas en el artículo 25), pendientes de someterse a procedimiento negociado, con el siguiente desglose:

Cuadro n.º 9
CONCIERTOS PENDIENTES DE SOMETER A
PROCEDIMIENTO NEGOCIADO A 31/12/2013.
FREMAP

(En
euros)

AÑO DE FORMALIZACIÓN	NÚMERO	ACCIDENTE DE TRABAJO	CONTINGENCIAS COMUNES	TOTAL	IMPORTE MEDIO POR CONCIERTO
1998	1	22.490	0	22.490	22.490
1999	52	869.807	42.090	911.897	17.536
2000	42	214.417	4.975	219.392	5.224
2001	29	198.676	10.858	209.534	7.225
2002	17	128.359	11.845	140.204	8.247
2003	19	133.867	1.400	135.267	7.119
2004	35	238.563	19.814	258.377	7.382
2005	36	173.454	2.295	175.749	4.882
2006	18	178.178	9.371	187.549	10.419
2007	62	405.104	33.634	438.738	7.076
2008	312	1.966.434	142.560	2.108.994	6.760
2009	55	314.973	2.614	317.587	5.774
2010	183	942.458	26.516	968.974	5.295
2011	62	297.755	10.225	307.980	4.967
2012	66	274.802	15.699	290.501	4.402
2013	57	512.482	53.126	565.608	9.923
TOTAL	1.046	6.871.819	387.022	7.258.841	6.940

Fuente: Información aportada por FREMAP.

Del cuadro anterior destaca significativamente el número de conciertos suscritos en el ejercicio 2008, superior a la suma de los firmados en los tres años siguientes. Además, solo en el mes de abril de dicho año (antes de la entrada en vigor de la LCSP el 30 de abril del mismo) FREMAP suscribió 111 conciertos, dato que supera ampliamente el del resto de los meses de dicho año, en los que, como media, únicamente se suscribieron 18 conciertos.

En definitiva, de los 1.046 conciertos, 530, por importe de 4.277.643 euros, habían sido suscritos con anterioridad a 30 de abril de 2008, y los 516 restantes, por importe de 2.981.198 euros, con posterioridad a dicha fecha, a pesar de lo cual tampoco se sometieron a las disposiciones legales vigentes en ese momento.

En relación con lo anterior, FREMAP, mediante escrito entregado durante el desarrollo de la fiscalización, señala que la falta de aplicación inicial de la LCSP fue debida a las dudas que planteaba a las mutuas el régimen jurídico de los contratos para la gestión de la asistencia sanitaria, razón por la cual se formuló, a través de AMAT, una consulta a la Junta Consultiva de Contratación Administrativa, resuelta en julio de 2012. En opinión de este Tribunal, dicha consulta no exime a FREMAP de adecuar su actuación a la normativa de contratación pública.

Asimismo, FREMAP indica que para el inicio del procedimiento de licitación de los conciertos era necesario contar con una nueva aplicación informática que incluyera la gestión de todos los contratos suscritos por FREMAP, inclusive los de asistencia sanitaria. Dicha aplicación, denominada "COFRE", comenzó a diseñarse en el ejercicio 2013, habiéndose volcado en la misma, a finales de 2014, la información de la base de datos de conciertos de asistencia sanitaria. Además, mediante la circular de la mutua 106/2014, de 10 de diciembre, se aprobó un protocolo sobre gestión de conciertos de asistencia sanitaria con el doble fin de comprobar que aquellos disponían de la documentación actualizada y de mejorar el control de pagos.

Aunque dicho protocolo debería haber concluido el 28 de febrero de 2015, a la finalización de los trabajos de fiscalización (marzo de 2015) aquel no había terminado. Además, no se había llevado a cabo el desarrollo específico que requería la aplicación COFRE para poder abarcar todo el procedimiento de gestión que requieren los conciertos de asistencia sanitaria.

C.- Cumplimiento de la normativa específica de contratación y gestión de asistencia sanitaria con medios ajenos.

Como se ha señalado anteriormente, la falta de desarrollo reglamentario del Real Decreto 1630/2011 ha originado que algunas mutuas, entre ellas FREMAP, acogidos a la posibilidad prevista en la disposición transitoria segunda del citado Real Decreto, hayan seguido, incluso hasta 2015, tramitando sus conciertos de acuerdo con el procedimiento normalizado CAS@.

En la fiscalización se ha comprobado que los conciertos de FREMAP vigentes durante el ejercicio 2013 presentaban dos modalidades, en función de si se habían suscrito con anterioridad o con posterioridad a la entrada en vigor, con fecha 18 de octubre de 2009, de la Orden CAS@; en concreto:

- A 31 de diciembre de 2013 FREMAP tenía vigentes 888 conciertos, suscritos hasta el 17 de octubre de 2009, que fueron prorrogados, de forma tácita, hasta al menos el año 2013. Estos conciertos deberían haberse rescindido y adaptar la mutua su actividad a la legislación contractual y a las disposiciones de la Orden CAS@, y ser adjudicados mediante los procedimientos regulados en el TRLCSP, con los requisitos técnicos y económicos previstos y con una duración máxima de cuatro años para los conciertos hospitalarios y de dos para el resto, conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1630/2011, y deberían regular, en particular, el detalle de los profesionales que prestarían el servicio.
- Como se señala posteriormente, los 134 conciertos suscritos desde el 23 de noviembre de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2013 se tramitaron siguiendo el modelo aprobado mediante la Orden CAS@, sin modificar los plazos de duración ni incorporar la necesidad de cumplir los requisitos exigidos a las entidades privadas por el artículo 12 del Real Decreto 1630/2011.

Por otra parte, en dichos conciertos tampoco se incorporó el acuerdo de la Junta Directiva de FREMAP, justificativo de haber sido examinados por aquélla y de haberse comprobado la concurrencia, en el centro sanitario concertado, de las condiciones y requisitos estipulados, así como de haberse ajustado a la legislación contractual, tal y como se prevé el artículo 14 del Real Decreto 1630/2011.

No obstante lo anterior, hay que señalar que, en el proceso de revisión de los 1.517 conciertos que está llevando a cabo FREMAP, una vez efectuada su migración a la nueva aplicación corporativa COFRE, la mutua, mediante la circular 106/2014, de 10 de diciembre, encomendó a sus distintas unidades incorporar a dicha aplicación la documentación escaneada completa del concierto y sus anexos, así como una declaración responsable de solvencia y capacidad que incluye algunos de

los requisitos que el artículo 12 del Real Decreto 1630/2011 exige a los medios sanitarios y recuperadores privados para concertar con las mutuas. Sin embargo, entre dicha documentación no consta la acreditación de la entidad concesionaria de disponer de medios propios, materiales y personales, para llevar a cabo los servicios objeto del concierto.

Por otro lado, en este procedimiento de revisión de los conciertos de FREMAP no se prevé que los nuevos que se suscriban lleven incorporada la documentación mediante la cual se acreditará a la DGOSS la necesidad de acudir a la concertación privada por concurrir las circunstancias señaladas en el artículo 11 del Real Decreto 1630/2011, ni tampoco la incorporación del acuerdo de la Junta Directiva, tal y como se prevé en su artículo 14; requisitos que deberán ser cumplidos por FREMAP cuando comience el proceso de licitación.

En relación con los 56 conciertos de asistencia sanitaria vigentes en el ejercicio 2013 y seleccionados para su fiscalización, la única información aportada por la mutua para justificar la insuficiencia de recursos sanitarios y recuperadores propios fue elaborada expresamente para el Tribunal, y consiste en una mera certificación global de la carencia de medios propios de la entidad en relación con todos los conciertos formalizados, por lo que no puede admitirse como justificación individual de cada uno de dichos conciertos.

Asimismo, FREMAP aportó la ficha de declaración de solvencia requerida a las empresas en el proceso de revisión de los conciertos, en la cual se hace constar el importe del volumen facturado por prestaciones sanitarias en los tres últimos ejercicios, en consonancia con el artículo 12 e) del Real Decreto 1630/2011. En relación con lo anterior hay que señalar lo siguiente:

- La empresa 2 con la que FREMAP tenía suscrito un concierto adjudicado directamente desde 2005, se declaró en concurso voluntario ordinario de acreedores en el año 2008. Durante esta situación, que se extendió hasta el año 2012, FREMAP no evaluó la posible rescisión del concierto, aun cuando los requisitos de solvencia de la empresa no quedaron suficientemente garantizados para mantener la continuidad de aquel.
- La empresa 3 se encontraba en situación de concurso voluntario ordinario de acreedores desde 15 de marzo de 2012, lo que no garantizó la oportuna solvencia requerida para el mantenimiento de la vigencia del concierto durante el ejercicio 2013²³.
- Existen al menos 21 empresas²⁴, cuya facturación a FREMAP en el ejercicio 2013 es muy similar a la total de la empresa en el citado ejercicio, incluso en 9 de ellas el importe es idéntico al que la empresa había justificado en su declaración de solvencia, por lo que parece evidente que FREMAP es el único cliente de estas empresas, lo que supondría un incumplimiento del referido artículo 12.e) del Real Decreto 1630/2011.
- En relación con lo anterior hay que destacar el concierto suscrito por FREMAP con la empresa 4 para la prestación del servicio de anestesia y reanimación del hospital de la mutua en Barcelona, cuya facturación a la mutua en el ejercicio 2013 ascendió a 692.047 euros, importe

²³ En el trámite de alegaciones FREMAP señala que, si bien es cierto lo manifestado por el Tribunal, en el caso de la empresa 2 como en el de la empresa 3, se mantuvo el concierto porque en dichos centros estaban internados beneficiarios de la mutua que sufrían graves lesiones, con elevado riesgo de muerte, que les impedían su traslado a otro centro sanitario.

²⁴ Toda la información relativa a estas empresas figura en el Anteproyecto de Informe remitido a la Mutua para alegaciones.

que coincide, exactamente, con el indicado por la empresa en su declaración de solvencia. Además, este concierto se suscribió el 2 de mayo de 2004, solamente tres meses después de que la empresa comenzara sus operaciones, según consta en el Registro Mercantil de Barcelona, por lo que el servicio se habría contratado directamente a una empresa sin solvencia económica acreditada. Dicho concierto, a pesar de su importe, sigue sin licitarse y se está prorrogando tácitamente año tras año²⁵.

D.- Gasto derivado del transporte de trabajadores accidentados

Las obligaciones reconocidas netas por FREMAP en el ejercicio 2013 derivadas del traslado de sus pacientes ascienden a 5.697.373 de euros, de los que 5.078.001 euros (el 89,13%) fueron indebidamente imputados al subconcepto 48817 *“Entregas por desplazamiento AT”*, destinado exclusivamente a compensar las entregas por desplazamientos de los pacientes y sus acompañantes en medios ordinarios de transporte. Esta deficiencia se debe a que FREMAP considera que el transporte sanitario (efectuado principalmente en ambulancias pero también en otros medios de transporte) no tiene la consideración de asistencia sanitaria, aunque dicho criterio no se corresponde con la imputación, al artículo 25 de su presupuesto, del restante 10,87% por este concepto, sin ninguna justificación que acredite este dispar tratamiento²⁶.

En relación con lo anterior hay que indicar que la legislación se pronuncia claramente sobre la consideración del transporte (ya se trate de asistido o no, urgente o programado) como una prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Así, el artículo 1 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, se manifiesta en los siguientes términos:

“Los objetivos de este real decreto, con el fin de garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, son:

1. Establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario”.

Según el anexo VIII del mencionado Real Decreto 1030/2006, que detalla la cartera de servicios comunes de prestación de transporte sanitario, este *“consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte”*.

Por tanto, las ambulancias y los demás medios de transporte similares a través de los que se hace efectiva la prestación del transporte sanitario no tienen la consideración de medios ordinarios de transporte.

²⁵ A los efectos de resolver esta situación, en el trámite de alegaciones FREMAP manifiesta su intención de proceder a licitar, con carácter de urgencia, el servicio de anestesia y reanimación de su hospital de Barcelona.

²⁶ En el trámite de alegaciones FREMAP señala que comenzará la revisión de la imputación de los gastos correspondientes al transporte sanitario, tanto de ambulancias como de otros medios de transporte, para aplicarlos al artículo 25 de su presupuesto.

La incorrecta apreciación de la prestación del servicio de transporte por parte de FREMAP ha originado que los conciertos para el transporte sanitario no hayan sido sometidos a la normativa específica de concertación sanitaria con medios ajenos, y, por tanto, aquellos no fueron comunicados ni autorizados por la DGOSS (al no ser transmitidos mediante el sistema normalizado CAS@ y tampoco en soporte papel), requisito este último cuya obtención condiciona la validez de dichos conciertos.

Por otra parte, cabe señalar que la consideración del transporte sanitario como un mero servicio ha originado que los contratos de transporte licitados por FREMAP lo hayan sido, incorrectamente, bajo la modalidad de contratos de servicios, cuando deberían haberlo sido como contratos de gestión de servicios públicos, conforme a lo previsto en el TRLCSP²⁷.

Asimismo, de las 149 entidades privadas, a las que FREMAP abonó 4.587.885 euros por el traslado de pacientes, con solo 15 se había suscrito un contrato, habiendo abonado a las mismas en 2013 un total de 1.964.680 euros (42,82%), cuya mayor parte (el 96,27%) corresponde a diez contratos suscritos antes de la entrada en vigor de la LCSP, que se detallan en el cuadro siguiente:

Cuadro n.º 10
PROVEEDORES DE TRANSPORTE SANITARIO
CON MAYOR IMPORTE FACTURADO CON
CONCIERTO. FREMAP. EJERCICIO 2013

(En euros)

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	EMPRESA	Ejercicio 2013	IMPORTE TOTAL EJECUTADO HASTA 31/12/2013
01/01/2003	Empresa 5	936.610	14.400.029
01/01/2003	Empresa 6	116.906	1.880.000
07/03/2003	Empresa 7	66.752	4.327.000
24/01/2008	Empresa 8	41.236	418.660
30/01/2004	Empresa 9	42.309	400.400
22/04/2004	Empresa 10	85.990	1.280.000
01/03/2008	Empresa 11	218.230	2.136.000
01/01/2006	Empresa 12	114.755	1.680.000
02/01/2008	Empresa 13	190.198	1.090.000
19/01/1999	Empresa 14	78.371	830.000
TOTAL		1.891.357	28.442.089

Fuente: Información aportada por FREMAP²⁸.

Como se deduce del cuadro anterior, los servicios prestados por la empresa 5 se derivan de un contrato adjudicado directamente en el año 2003, prorrogado tácitamente todos los años, habiendo abonado, hasta finales de 2013, un importe de 14.400.029 euros.

Respecto a las 134 entidades con las que no mediaba concierto alguno, a las que FREMAP abonó en 2013 un importe de 2.623.205 euros en concepto de transporte sanitario, cabe señalar que la

²⁷ No puede aceptarse la alegación de FREMAP en relación a que los contratos de transporte sanitario deberían tramitarse como contratos de servicio, ya que la legislación se pronuncia claramente sobre la consideración de estos transportes como una prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud, y así lo entienden los Servicios Públicos de Salud, que, con carácter general, licitan estos conciertos como contratos de gestión de servicios públicos.

²⁸ En el trámite de alegaciones FREMAP indica que la empresa 5 dejó de prestar servicios para la mutua en 2014 y que la empresa 12 finalizará la prestación de servicios en octubre de 2015, al ser adjudicados aquellos a otras entidades.

actuación de la mutua es contraria a los principios de la contratación pública y a la normativa específica de asistencia sanitaria, ya que tanto por su objeto como por el carácter programado y recurrente de los traslados efectuados por estas empresas, como por su importe, estos servicios deberían haber sido objeto de concertación.

En este sentido, hay que señalar que, según la circular de FREMAP 45/2009, de 12 de noviembre, sobre conciertos sanitarios con medios privados, la mutua está obligada a iniciar un procedimiento de licitación abierto o restringido cuando prevea una facturación superior a 50.000 euros, debiendo solicitar tres presupuestos si la facturación se sitúa entre 3.000 y 50.000 euros.

En el cuadro siguiente se incluyen las 28 entidades a las que FREMAP abonó un mayor importe en el ejercicio 2013, en todos los casos superiores a 18.000 euros, sin que mediara concierto alguno:

Cuadro n.º 11
PROVEEDORES DE TRANSPORTE SANITARIO
CON MAYOR IMPORTE FACTURADO SIN
MEDIAR CONCIERTO. FREMAP. EJERCICIO
2013

(Euros)

PROVEEDOR	IMPORTE
Empresa 15	222.594
Empresa 16	213.119
Empresa 17	212.474
Empresa 18	202.064
Empresa 19	183.083
Empresa 20	163.819
Empresa 21	160.789
Empresa 22	111.402
Empresa 23	110.047
Empresa 24	89.122
Empresa 25	87.829
Empresa 26	63.529
Persona física 1	57.756
Empresa 27	55.655
Persona física 2	55.033
Empresa 28	52.802
Persona física 3	47.493
Empresa 29	45.542
Empresa 30	37.251
Empresa 31	36.527
Empresa 32	34.147
Empresa 33	32.893
Empresa 34	31.174
Empresa 35	29.549
Empresa 36	29.417
Persona física 4	29.226
Empresa 37	23.100
Empresa 38	19.504
TOTAL	2.436.940

Fuente: Información facilitada por FREMAP²⁹.

E.- Procedimiento de facturación de FREMAP derivado de los conciertos de asistencia sanitaria

En el procedimiento de facturación de FREMAP se han observado las siguientes deficiencias:

²⁹ En el trámite de alegaciones FREMAP indica que los servicios prestados por seis de estos proveedores (las empresas 19, 21, 27, 28 y 32, y la persona física 4) han sido ya licitados y adjudicados de acuerdo con los postulados del TRLCSP. No obstante, en la fiscalización se ha comprobado que estos conciertos se han seguido tramitando bajo la modalidad de contratos de servicios y no de gestión de servicios públicos, como hubiera sido procedente.

- a) Las solicitudes de servicios externos por parte de los facultativos de FREMAP no tienen asignado un número que permita asociarlas informáticamente con un acto médico concreto.
- b) Los facultativos de FREMAP no intervienen en ningún momento en el proceso de control de la facturación, ni siquiera en los casos en que la facturación fue muy elevada. Por tanto, los gestores administrativos de la mutua son los únicos responsables del control y comprobación de la facturación, debiendo acudir al aplicativo sanitario para controlar tanto la existencia de la solicitud de servicios externos como la realización efectiva del acto médico facturado. Además, en el aplicativo tampoco se graban los conceptos médicos detallados en las facturas.

La falta de intervención de los facultativos supuso, en definitiva, ceder la revisión de los actos médicos facturados a los gestores administrativos de FREMAP, que no reúnen los conocimientos sanitarios necesarios para efectuar la valoración de la adecuación del acto médico prestado por el proveedor sanitario al requerimiento efectuado por la mutua. A la no intervención de los facultativos en el proceso de control de las facturas emitidas por los proveedores sanitarios se une la falta de conexión informática entre la aplicación de facturación y el aplicativo sanitario "*Guía clínica*". Además, en la aplicación no queda constancia del visado que debe realizar el gestor.

Lo expuesto anteriormente supone una importante debilidad de control interno, pues el sistema, tal y como está concebido, permite el abono de prestaciones sanitarias para las que no se hubiera emitido una solicitud de servicios externos, o el pago de dos facturas por el mismo acto médico para una misma solicitud.

- c) El diseño de los justificantes de pago que emite la aplicación de facturación no permite diferenciar el número de concierto CAS@ cuando un mismo proveedor tiene asignado más de uno. No obstante, con fecha 10 de diciembre de 2014, FREMAP aprobó la circular 106/2014, denominada "Protocolo sobre gestión de Conciertos de Asistencia Sanitaria", con la finalidad de "*garantizar la corrección de los pagos a centros y especialistas que tienen suscrito conciertos con FREMAP*". Desde la publicación de esta circular se ha establecido que las facturas sean visadas por los responsables médicos, si bien no se han subsanado las restantes debilidades del procedimiento descritas anteriormente.

En el análisis de una muestra de conciertos asistencia sanitaria con medios ajenos se han observado las siguientes incidencias:

1. Con carácter general, en los conciertos formalizados con anterioridad a la entrada en vigor de la Orden CAS@ (18 de octubre de 2009) no se detallan los profesionales que van a realizar las distintas prestaciones sanitarias (a modo de ejemplo, en el concierto con el Hospital 1 y con el Instituto 1), si bien a partir del ejercicio 2012 comenzaron a incorporar esta información mediante anexos de actualización de los conciertos.
2. En los centros que no disponen del aplicativo sanitario "*Guía Clínica*" no resulta posible conocer el detalle de la asistencia sanitaria prestada al trabajador asegurado por la mutua, si no es rastreando la historia clínica de aquel. En el fichero facilitado al Tribunal ni siquiera consta la fecha de solicitud de la asistencia, ni del médico de FREMAP que la solicitó, ni del centro que la llevó a cabo.
3. En el concierto con la empresa 39, la cláusula decimocuarta establece que: "*la factura se emitirá por los servicios efectivamente prestados*". Sin embargo, en el cuadro-resumen del pliego de cláusulas administrativas figura que el sistema de determinación del precio será "*a tanto alzado*". Asimismo, en el anexo XI del pliego de cláusulas administrativas figura lo

siguiente: *“Dividiendo la cantidad ofertada entre doce meses resultará el importe de las facturas mensuales del servicio”*; lo que no se corresponde con lo recogido en el concierto.

4. En el concierto con la empresa 40, en el caso de las primeras consultas y revisiones solo se aporta una solicitud de servicios externos por la primera consulta, lo que supone una falta de acreditación por parte del médico de FREMAP de la necesidad de las consultas sucesivas. Ello, unido a que, con carácter general, no figuran en las facturas emitidas por la empresa las fechas de las consultas sucesivas o revisiones (1/2013, 8 revisiones; 7/2013, dos revisiones; 34/2013, 10 revisiones; 38/2013, 9 revisiones; 54/2013, 16 revisiones; 58/2013, 8 revisiones; 128/2013, 12 revisiones), constata la falta de control por parte de FREMAP de las revisiones efectuadas por la entidad concertada. En este sentido cabe indicar que en la factura 56/2013 ni tan siquiera se puede comprobar que la solicitud de servicios externos (de fecha 3 de julio de 2012) estaba asociada a una primera consulta, ya que en la factura solo figuran 20 revisiones sin fecha.

Este riesgo se pudo constatar en esta empresa, al detectarse dos facturas (números 124/2013 y 127/2013) emitidas por los mismos conceptos (una primera consulta y cinco revisiones), por un importe total de 400 euros. A ello se une el hecho de que se aportó la misma solicitud de servicios externos para justificar ambas facturas, deficiencia que no se hubiera producido si existiera una conexión entre ambos documentos y los oportunos controles informáticos.

5. Respecto al concierto con la Clínica 1 hay que indicar que esta no disponía de recursos humanos y materiales suficientes para el desempeño de la actividad concertada, ya que las intervenciones quirúrgicas efectuadas a los asegurados de FREMAP se realizaron en el Hospital 1, lo que contraviene lo previsto en el concierto suscrito.

La falta de medios propios para procurar las prestaciones sanitarias acordadas por parte de la Clínica 1 fue admitida sin más por FREMAP que, a pesar de que no quedaba plasmado en el concierto, conoció y expresó su conformidad con la realización, de manera habitual, de las intervenciones en dicho hospital. La Clínica 1 tiene suscrito un convenio de colaboración con el hospital 1, de fecha 17 de enero de 2011, en virtud del cual el hospital pone a disposición de esta parte de sus instalaciones para que pueda desarrollar en ellas su actividad asistencial. Por su parte, FREMAP también tiene suscrito un concierto con el hospital 2 para la prestación de los servicios de urgencia y hospitalización a sus asegurados desde 2010, pero dicho concierto no guarda vinculación con el suscrito entre la Clínica 1 y el hospital 2.

Las facturas emitidas por la Clínica 1 a FREMAP durante el ejercicio 2013 ascendieron a 159.192 euros, de los que el 72% corresponden a los honorarios de los cirujanos, y el resto a los de anestesia y a gastos hospitalarios (6% y 22%, respectivamente), por lo que solo el mencionado 72% estaba soportado por el concierto suscrito con la clínica privada. Además, hay que tener en cuenta que debido a que dicha Clínica no disponía de anestesista y a que los gastos por dicho concepto no estaban incluidos en la factura por los gastos hospitalarios ocasionados en el Hospital 1 (que solo incluían los de quirófano, pruebas, medicamentos y material sanitario, estancias hospitalarias, etc.), los honorarios del anestesista necesariamente tuvieron que ser abonados por un tercero cuya identidad no fue recabada por FREMAP³⁰.

A mayor abundamiento, la estipulación segunda del *“modelo de concierto de asistencia sanitaria con medios privados”* aprobado por la Orden CAS@, expresa lo siguiente: *“La entidad*

³⁰ En el trámite de alegaciones FREMAP indica que, a la vista de lo señalado por el Tribunal de Cuentas, se corregirá esta situación para que las facturas de gastos de anestesia y hospitalización se emitan directamente por el citado centro hospitalario a la Mutua.

concertada manifiesta disponer de recursos materiales y personales propios suficientes y adecuados para la prestación de la asistencia sanitaria y recuperadora concertada, y se compromete a llevar a cabo dicha prestación exclusivamente en sus instalaciones y con sus propios medios personales y materiales, así como a mantener en vigor las autorizaciones y permisos administrativos que resulten preceptivos para el desarrollo de su actividad.”

Por tanto, FREMAP concertó la asistencia hospitalaria íntegramente con la Clínica 1, aun cuando no disponía en su cartera de servicios de suficientes recursos humanos y materiales para hacer frente a la totalidad de las prestaciones de asistencia sanitaria hospitalaria que requirieron las intervenciones quirúrgicas practicadas a los asegurados de FREMAP que sufrieron un accidente de trabajo, incumpliendo de esta forma la normativa específica, que prohíbe esta circunstancia.

6. En el gasto derivado del concierto formalizado con la persona física 5, por importe total de 35.385 euros en 2013, se aprecia que se atendió a un total de 221 trabajadores en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes, por lo que se facturó a FREMAP un importe total de 27.145 euros. Aunque el concierto no excluye a los pacientes por incapacidad temporal por contingencias comunes, al referirse literalmente a todos los beneficiarios, debería constar expresamente el tipo de asistencia sanitaria que se puede prestar a estos pacientes, que ha de ceñirse exclusivamente a los supuestos excepcionales previstos por la normativa vigente³¹.

Además, se facturaron 814 euros por gastos de desplazamiento entre las dos ciudades donde están ubicados los centros de FREMAP, que tampoco estaban previstos, y otro importe de 801 euros por exceso de importe facturado por consulta (113 euros) sobre el previsto en el concierto (110 euros) sobre un total de 267 primeras consultas; correspondiendo el resto, fundamentalmente, al gasto derivado de la incapacidad temporal por accidentes de trabajo.

Asimismo, en la declaración de solvencia de la empresa, en el ejercicio 2013 figura el mismo importe que el facturado a FREMAP (35.385 euros), por lo que no se cumplió el requisito de acreditar un volumen de facturación por prestaciones satisfechas en los tres años anteriores superior a la facturación del concierto con FREMAP.

7. En el concierto formalizado con la persona física 6, todas las tarifas de 2013 se facturaron indebidamente por un importe superior en un 10% al que figuraba en el concierto, ya que en este no consta ninguna cláusula de revisión de precios y no se había producido ninguna modificación del mismo. El sobreprecio, aceptado tácitamente por FREMAP, ha sido cuantificado por este Tribunal en 2.828 euros³².

Además, las facturas por las intervenciones quirúrgicas practicadas incluían en todo caso honorarios por ayudantía, concepto no contemplado en el anexo de tarifas del concierto, en un importe estimado por el Tribunal en 4.406 euros (58 actos médicos con ayudantía, según factura, por un importe de 75,97 euros cada una).

³¹ Así parece reconocerlo implícitamente FREMAP, ya que en el trámite de alegaciones informa de que, con fecha 1 de abril de 2015, se ha suscrito un anexo al citado contrato, conforme a lo preceptuado en la Ley 35/2015, de 26 de diciembre, en el que se incluyen expresamente los tratamientos terapéuticos a pacientes en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes.

³² En el trámite de alegaciones FREMAP señala que ha procedido a reclamar a la persona física 6 las cantidades indicadas en el informe.

Asimismo, se facturó por un paciente en concepto de contingencias comunes aun cuando en el concierto no estaba previsto, por importe de 296 euros, sin que constara expresamente el tipo de asistencia que, con carácter excepcional, podía prestarse a los beneficiarios de la mutua en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.

Por otra parte, en su declaración de solvencia en el ejercicio 2013 no figura el importe de lo facturado a FREMAP, por lo que no se cumple el requisito de acreditar un volumen de facturación por prestaciones satisfechas en los tres años precedentes a la formalización del concierto superior a la facturación estimada por las prestaciones objeto del concierto.

F.- Vinculación entre FREMAP y las empresas asociadas

- Se ha detectado la existencia de 837 empresas asociadas a FREMAP y de 459 trabajadores de empresas asociadas a la mutua que habían formalizado sendos conciertos de asistencia sanitaria con aquella, por lo que existe el riesgo de alguna vinculación entre los administradores y responsables de las citadas empresas y la Junta Directiva de la mutua, o con el Director Gerente o cualquier otra persona que ejerza funciones de dirección ejecutiva en la propia mutua, vinculación que vulneraría el artículo 12 d) del Real Decreto 1630/2011, extremo que no ha sido verificado por FREMAP.
- Se ha detectado la existencia de 2 trabajadores de FREMAP que, a través de sus empresas, habían formalizados conciertos de asistencia sanitaria con la mutua, por lo que existe el riesgo de posible vinculación y conflicto de intereses³³.

II.3.2. ASEPEYO, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151

II.3.2.1. CONSIDERACIONES GENERALES

En el ejercicio 2013, ASEPEYO aplicó 39.469.430 euros a realizar controles médicos y a prestar asistencia sanitaria derivada de contingencias comunes, de los cuales 2.240.327 euros (el 5,67%) lo fueron a través de medios concertados.

Asimismo, ASEPEYO destinó 239.367.999 euros a la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora derivada de contingencias profesionales, de los cuales 207.304.846 euros (el 86,90) corresponden a prestaciones con medios propios y el 13,10% restante (32.063.153 euros) a prestaciones realizadas con medios ajenos, de los que 13.526.622 euros corresponden a medicina ambulatoria y los restantes 18.536.531 euros a medicina hospitalaria.

En el cuadro siguiente se refleja la evolución del gasto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos realizado por ASEPEYO e imputado al artículo 25 de su presupuesto en los ejercicios 2012 y 2013:

³³ En el trámite de alegaciones FREMAP indica que una de estas personas solo mantuvo una relación laboral con la mutua durante tres días, a los efectos de cubrir una sustitución sanitaria.

Cuadro n.º 12
GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA
CONCERTADA. ASEPEYO. Ejercicios 2013 y
2014

(En euros)

PROGRAMA PRESUPUESTARIO	2012 1	2013 2	Variación (2012 / 2013) $4 = \frac{(2-1) \times 100}{1}$
1102 Incapacidad temporal	2.673.131	2.240.327	(16,19)
2122 Medicina ambulatoria	14.831.659	13.526.622	(8,80)
2224 Medicina hospitalaria	18.088.595	18.536.531	2,47
TOTAL	35.593.385	34.303.480	(3,62)

Fuente: Cuentas rendidas al Tribunal de Cuentas.

Como se deduce del cuadro anterior, el gasto en asistencia sanitaria concertada con medios ajenos disminuyó en un 3,62% en el ejercicio 2013 respecto al anterior, destacando el programa presupuestario de Incapacidad temporal, con un descenso del 16,19%.

En análisis de los conciertos formalizados por ASEPEYO, vigentes durante el ejercicio 2013, se han observado las incidencias que se detallan en los siguientes epígrafes.

II.3.2.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

A.- Ejecución presupuestaria

Las obligaciones reconocidas netas en 2013 en el artículo 25 del presupuesto "Asistencia sanitaria con medios ajenos", en concepto de prestaciones de asistencia sanitaria y recuperadora efectuadas por ASEPEYO con medios ajenos, ascendieron a 34.303.480 euros, siendo su detalle por programas y subconceptos presupuestarios el siguiente:

Cuadro n.º 13
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS.
ASEPEYO. Ejercicio 2013

(En euros)

PROGRAMA	SUBCONCEPTO		OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS		
			IMPORTE AT	IMPORTE CC	TOTAL
1102	2515	Con entidades privadas	0	711.557	711.557
1102	2517	Con mutuas de accidente de trabajo	0	26.409	26.409
1102	25431	Conciertos para resonancia nuclear magnética.	0	188.107	188.107
1102	25432	Conciertos para TAC.	0	11.007	11.007
1102	25439	Otros	0	46.523	46.523
1102	2545	Conciertos rehabilitación-fisioterapia	0	28.152	28.152
1102	2547	Otros servicios especiales	0	311.221	311.221
1102	2551	Servicios concertados de ambulancias	0	8.070	8.070
1102	2582	Otros servicios asistencia sanitaria	0	909.281	909.281
TOTAL 1102			0	2.240.327	2.240.327
2122	2515	Con entidades privadas	3.021.380	0	3.021.380
2122	2517	Con mutuas de accidente de trabajo	554.304	0	554.304
2122	25431	Conciertos para resonancia nuclear magnética	769.205	0	769.205
2122	25432	Conciertos para TAC.	104.494	0	104.494
2122	25439	Otros	230.782	0	230.782
2122	2545	Conciertos rehabilitación-fisioterapia	839.384	0	839.384
2122	2546	Conciertos para alergias	8.185	0	8.185
2122	2547	Otros servicios especiales	1.820.788	0	1.820.788
2122	2551	Servicios concertados de ambulancias	271.063	0	271.063
2122	2552	Traslado enfermos con otros medios de transporte	23.986	0	23.986
2122	2581	Reintegro gastos asistencia sanitaria	227.942	0	227.942
2122	2582	Otros servicios asistencia sanitaria	5.655.109	0	5.655.109
TOTAL 2122			13.526.622	0	13.526.622
2224	2522	Con Comunidades Autónomas	12.048	0	12.048
2224	2523	Con entes territoriales	136.789	0	136.789
2224	2525	Con entidades privadas	7.365.552	513.767	7.879.319
2224	2527	Con mutuas de accidente de trabajo	27.678	162	27.840
2224	25431	Conciertos para resonancia nuclear magnética.	159.846	62.129	221.975
2224	25432	Conciertos para TAC	35.676	3.027	38.703
2224	25439	Otros	66.654	9.356	76.010
2224	2545	Conciertos rehabilitación-fisioterapia	11.317	440	11.757
2224	2546	Conciertos para alergias	87	0	87
2224	2547	Otros servicios especiales	1.612.526	208.991	1.821.517
2224	2551	Servicios concertados de ambulancias	175.228	4.466	179.694
2224	2552	Traslado enfermos con otros medios de transporte	542	0	542
2224	2581	Reintegro gastos asistencia sanitaria	2.571	0	2.571
2224	2582	Otros servicios asistencia sanitaria	8.097.041	30.638	8.127.679
TOTAL 2224			17.703.555	832.976	18.536.531
TOTAL ARTÍCULO 25			31.230.177	3.073.303	34.303.480

Fuente: Información de ASEPEYO, que no coincide con el ICG07 remitido a la DGOSS

Como se deduce del cuadro anterior, las obligaciones reconocidas netas por la realización de controles médicos y por la prestación de asistencia sanitaria de urgencia derivada de contingencias comunes representan el 8,96% del importe total de las obligaciones reconocidas en el artículo 25 durante el ejercicio 2013, mientras que el restante 91,04% corresponde a prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de contingencias profesionales realizadas por ASEPEYO a sus asegurados con medios ajenos, tanto públicos como privados.

Aunque el artículo 9 del Real Decreto 1630/2011 prevé que las mutuas puedan celebrar convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias de las CCAA para la utilización recíproca de los recursos sanitarios y recuperadores respectivos, el gasto imputado en los subconceptos 2512 y 2522 (convenios de asistencia sanitaria con CCAA), según su liquidación presupuestaria, fue prácticamente nulo, lo que evidencia que la colaboración entre ASEPEYO y los Servicios de Salud de las CCAA e INGESA fue muy escasa en el ejercicio 2013.

De igual forma, el artículo 11 del Real Decreto 1630/2011 establece que solamente puede acudir a la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora mediante concierto con medios privados en caso de que las mutuas no dispongan de ellos, *“ni exista la posibilidad de utilización de instalaciones de otras mutuas en condiciones económicas al menos tan ventajosas como las que ofrezcan los conciertos privados o no exista convenio con las Administraciones públicas sanitarias a través de los cuales se pueda dispensar de forma adecuada la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora en el área geográfica de influencia en la que se precise dicha asistencia”*. Sin embargo, el gasto realizado por ASEPEYO en otras Entidades del Sistema de la Seguridad Social (subconceptos 2517 y 2527) fue de tan solo del 1,77% del total imputado en concepto de asistencia sanitaria con medios ajenos³⁴.

Estos porcentajes denotan que ASEPEYO recurrió preferentemente a la prestación de servicios sanitarios y recuperadores con medios privados, lo que es contrario al espíritu de la normativa vigente.

En el ejercicio 2013, el marco jurídico en el que ASEPEYO desarrolló la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos fue el siguiente:

³⁴ En el trámite de alegación ASEPEYO señala que está priorizando la concertación con otras Mutuas y aporta copia del concierto suscrito con Mutua Universal el pasado 1 de septiembre de 2015, e informa de que el 8 de octubre de 2015 está prevista la suscripción de otro acuerdo con Mutua Gallega.

Cuadro n.º 14
MODALIDADES DE PRESTACIÓN DE
ASISTENCIA SANITARIA. ASEPEYO. Ejercicio
2013

MODALIDAD Y TIPO DE CONTINGENCIA	ENTIDADES INTERVINIENTES	FECHA
Acuerdo marco de colaboración por el que las mutuas intervinientes acuerdan poner a disposición incondicional de los trabajadores protegidos por ambas entidades todos sus medios asistenciales (CP y seguimiento y control de ITCC)	ASEPEYO Y MUTUA BALEAR	30/1/2009
Acuerdo marco de colaboración por el que las mutuas intervinientes acuerdan poner a disposición incondicional de los trabajadores protegidos por ambas entidades todos sus medios asistenciales (CP E ITCC arts. 80 y 82)	ASEPEYO Y FRATERNIDAD-MUPRESPA	24/2/2009
Acuerdo para la utilización del centro asistencial de CESMA ubicado en Ceuta (CP)	ASEPEYO y FRATERNIDAD-MUPRESPA CON CESMA	24/2/2010
Acuerdo marco con Corporación Mutua (CESMA, IBERMUTUAMUR, MAC, MC MUTUAL, MUTUA GALLEGA, MUTUALIA, SOLIMAT Y UNIÓN DE MUTUAS)	ASEPEYO Y CORPORACIÓN MUTUA	26/5/2010
Acuerdos bilaterales en ejecución del Acuerdo marco con Corporación Mutua	ASEPEYO y MC MUTUAL	22/10/2010
	ASEPEYO y MAC	16/3/2011
	ASEPEYO E IBERMUTUAMUR	30/3/2011 10/4/2012
	ASEPEYO y UNIÓN DE MUTUAS	17/5/2011
Acuerdo marco con Suma Intermutual (MUTUA MONTAÑESA, MAZ, UMIVALE, MUTUA NAVARRA Y EGARSAT) y anexos para actualización de tarifas	ASEPEYO Y SUMA INTERMUTUAL	13/4/2011
Acuerdos bilaterales en ejecución del Acuerdo marco con Suma Intermutual	ASEPEYO Y MUTUA MONTAÑESA	20/6/2011
Acuerdo de prestación de asistencia sanitaria recíproca en las instalaciones sanitarias propias que ambas mutuas determinen, a los trabajadores protegidos por Contingencias Profesionales en las mismas.	ASEPEYO Y ACTIVA MUTUA	26/10/2012
Acuerdo multilateral de colaboración para la prestación recíproca de servicios sanitarios y recuperadores en Extremadura	ASEPEYO, IBERMUTUAMUR, FRATERNIDAD-MUPRESPA, Y MC MUTUAL	1/11/2013
Convenios de colaboración con Administraciones Públicas Sanitarias y Entidades Gestoras de la Seguridad Social	Convenio con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud	02/04/2013
	Convenio de colaboración con la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana para la mejora de la gestión de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes	02/12/2004
Al menos 1.436 Conciertos suscritos para la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos privados ejecutados en 2013	Personas físicas o jurídicas privadas	Desde 1992 a 2013
Proveedores de asistencia sanitaria sin acuerdo, convenio o concierto	Fundamentalmente, Servicios Públicos de Salud	n/a

Fuente: Información facilitada por ASEPEYO.

Como se señala en el cuadro anterior, ASEPEYO disponía en 2013 de sendos acuerdos con MUTUA BALEAR y con FRATERNIDAD-MUPRESPA para compartir la totalidad de su red asistencial, y de dos acuerdos marco con las entidades mancomunadas Corporación Mutua y Suma Intermutual, extintas actualmente, al amparo de los cuales y con la finalidad exclusiva de intercambiar la prestación de asistencia sanitaria en determinados centros había ido suscribiendo paulatinamente acuerdos específicos con MC MUTUAL, MAC, IBERMUTUAMUR, UNIÓN DE MUTUAS y MUTUA MONTAÑESA.

Además de los anteriores, ASEPEYO tenía suscritos acuerdos con ACTIVA MUTUA y CESMA, así como uno multilateral con otras tres mutuas, acordado en noviembre de 2013 para la prestación recíproca de asistencia sanitaria en la CA de Extremadura.

En el clausulado de dichos acuerdos se prevé la posibilidad de que las mutuas procedieran recíprocamente a suscribir los correspondientes contratos de adhesión con servicios externos de asistencia sanitaria, previa conformidad de la entidad privada afectada, con el fin de poder legalizar la prestación de dichos servicios a su favor. Las tarifas previstas son las que se aplican entre sí las mutuas colaboradoras, aprobadas anualmente por la AMAT.

B.- Gestión de los convenios y conciertos suscritos por ASEPEYO para la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos privados.

Para el análisis de los procedimientos desarrollados por ASEPEYO para la concertación de las prestaciones de asistencia sanitaria con medios ajenos privados es preciso tener en cuenta el esquema normativo al que debe ajustarse aquella, conformado además de por la legislación general de contratación (especialmente el TRLCSP) y la específica de concertación sanitaria (Orden TIN/2786/2009 y Real Decreto 1630/2011), por las instrucciones de contratación y las circulares internas sobre conciertos sanitarios aprobadas por ASEPEYO, resumidas en el esquema siguiente:

NORMATIVA INTERNA APLICABLE A ASEPEYO EN MATERIA DE CONCERTACIÓN SANITARIA CON MEDIOS PRIVADOS

NORMATIVA DE CONTRATACIÓN GENERAL

INSTRUCCIONES DE CONTRATACIÓN DE ASEPEYO

- Dictadas en cumplimiento del artículo 191.b) del TRLCSP:
 - **Instrucciones de contratación de 1 de septiembre de 2008 (en vigor hasta 28 de junio de 2013):**
 - **PROCEDIMIENTO ABIERTO, RESTRINGIDO O NEGOCIADO:**
Importe igual o superior a 50.000 euros en todos los contratos
 - **SÓLO APROBACIÓN DEL GASTO Y FACTURA:**
Importe inferior a 50.000 euros en todos los contratos
 - **Instrucciones de contratación de 28 de mayo de 2013 (en vigor desde 29 de junio de 2013):**
 - **PROCEDIMIENTO DE PUBLICIDAD Y LIBRE CONCURRENCIA O PROCEDIMIENTO CONDICIONADO:**
Importe superior a 46.000 euros en todos los contratos salvo obras (50.000 euros)
 - **PROCEDIMIENTO DE INVITACIÓN SIN PUBLICIDAD PREVIA:**
Importe inferior a 100.000 euros
 - **SOLICITUD DE TRES PRESUPUESTOS Y ELECCIÓN DE OFERTA MÁS VENTAJOSA:**
Importe igual o superior a 18.000 euros e inferior a 46.000 euros
 - **SÓLO APROBACIÓN DEL GASTO Y FACTURA:**
Importe inferior a 18.000 euros. Duración máxima un año sin posibilidad de prórroga
 - Tramite de alegaciones para contratos superiores a 46.000 euros
- Circular nº L-004/09.2, de 20 de mayo de 2009, sobre Procedimiento de contratación pública - Ley de contratos del sector público
 - **LICITACIÓN:**
Importe igual o superior a 50.000 euros
 - **SOLICITUD DE TRES PRESUPUESTOS, INFORME DE LA ELECCIÓN, APROBACIÓN DEL GASTO Y FACTURA:**
Recomendado en contratos de importes inferiores a 50.000 euros. "No afecta el TRLCSP"

NORMATIVA ESPECÍFICA DE CONTRATACIÓN Y GESTIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

- Circular nº P-022/07.2, de 2 de julio de 2007, sobre conciertos sanitarios (aplicable también desde 23/11/2009 a supuestos no CAS@):
 - Suscripción obligatoria de concierto, salvo:
 - Importe no superior a 3.000 euros o solo dos facturas
 - La utilización de servicios sanitarios de la red pública autonómica
 - El uso de ambulancias salvo cuando se trate de vehículos medicalizados
- Circular nº L-007/09.1, de 23 de noviembre de 2009, sobre conciertos sanitarios. Normas de actuación. Orden TIN/2789/2009:
 - Sujeción a la Ley de Contratos (Circular L-004/09)
 - Duración inicial máxima: 4 años. Prórroga: anual hasta dos años
 - Memoria justificativa

En relación con los conciertos de asistencia sanitaria, la circular P-022/07.2 de ASEPEYO, actualizada a 1 de enero de 2015, señala expresamente que:

“Como es bien sabido, tanto el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en especial la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, como la Intervención General de la Seguridad Social y el propio Tribunal de Cuentas, con especial énfasis en los últimos meses, han demandado de la Mutua información muy amplia de todo el colectivo de entidades y profesionales externos que en mayor o menor medida colaboran con nuestra Mutua a la hora de dar la asistencia a trabajadores que han padecido un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Esta petición de documentación en unos casos, y de información en otros, ha permitido apreciar como la Mutua, a pesar de las instrucciones anteriores que al respecto se han venido dando, no está cumpliendo en tiempo y forma con las exigencias legales, incumplimiento que además de poder ser objeto de sanción para la Mutua, supone desatender los requerimientos que los organismos anteriores vienen haciendo. Ciertamente existe un alto grado de cumplimiento, pero la realidad es que en ningún caso podemos acreditar estar al corriente en este tema.”

De lo anterior se deduce que la propia mutua reconoce expresamente que no está cumpliendo en tiempo y forma las exigencias legales en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, como se señala posteriormente.

Por otra parte, ASEPEYO cuenta con una aplicación informática denominada “MÁXIMO”, cuyo objetivo es facilitar la consulta y gestión de los activos y contratos de la mutua.

En relación con los conciertos de asistencia sanitaria prestada con medios privados vigentes en el ejercicio 2013, en la fiscalización se ha comprobado que la información extraída de la aplicación informática MÁXIMO no es coherente con la información sobre estos conciertos contenida en la base de datos de facturas de asistencia sanitaria imputadas al artículo 25 del presupuesto de la mutua, advirtiéndose numerosas diferencias respecto al código del concierto, a la aplicación presupuestaria y al importe ejecutado de cada contrato durante el ejercicio 2013.

Además, aunque a cada concierto debería corresponderle un solo código, se ha comprobado que, en ocasiones, un mismo concierto aparece duplicado en la aplicación con otro código. Asimismo, en dicha aplicación figuraban hasta 1.022 tipos distintos de concierto, al no estar normalizado el campo de descripción de aquel.

C.- Cumplimiento de la normativa de contratación pública

En el análisis de su procedimiento de contratación de ASEPEYO hay que distinguir dos períodos, delimitados por la entrada en vigor, con fecha 30 de abril de 2008, de la LCSP, teniendo en cuenta que a través de esta norma las mutuas entraron a formar parte de su ámbito subjetivo como poderes adjudicadores. Además, a partir de ese momento, hay que destacar otros dos intervalos temporales (hasta el 28 de junio de 2008 y desde el 29 de junio de 2013), según la vigencia de las primeras o de las actuales Instrucciones de contratación aprobadas por la mutua, normas internas de obligado cumplimiento en materia de contratación.

De acuerdo con la ejecución del presupuesto de gastos del ejercicio 2013 y con la información de facturación facilitada por la mutua, los conciertos de asistencia sanitaria suscritos por ASEPEYO con medios ajenos privados en dicho ejercicio supusieron un coste de 18.623.507 euros, correspondientes al menos a un total de 1.436 conciertos. No obstante, en la base de datos de

conciertos extraída de la aplicación informática MÁXIMO facilitada al Tribunal únicamente pudieron ser identificados 1.366 (95% del total).

De acuerdo con la información extraída de la base de datos de contratación, el detalle de los procedimientos de adjudicación de estos 1.366 conciertos suscritos por ASEPEYO para la prestación de asistencia sanitaria, diferenciados por período normativo aplicable, es el siguiente:

Cuadro n.º 15
NORMATIVA APLICABLE A LOS CONCIERTOS.
ASEPEYO. Ejercicio 2013

(En euros)

PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN	Anteriores al 30 de abril de 2008		Desde 30 de abril a 28 de junio de 2013		Desde 29 de junio de 2013		TOTAL		
	N.º	IMPORTE	N.º	IMPORTE	N.º	IMPORTE	N.º	IMPORTE	%
Sin procedimiento	554	9.143.998	82	442.007			636	9.586.005	53
Procedimiento abierto			46	1.635.171	5	41.778	51	1.676.949	10
Contratos menores			549	4.619.439	42	113.670	591	4.733.109	26
Adjudicación directa			87	1.993.632	1	27.396	88	2.021.028	11
TOTAL	554	9.143.998	764	8.690.249	48	182.844	1.366	18.017.091	100

Fuente: Información aportada por ASEPEYO

Como se observa en el cuadro anterior, más del 50% del importe de las obligaciones reconocidas netas corresponde a 554 conciertos suscritos por ASEPEYO con anterioridad a la entrada en vigor de la LCSP. Dichos conciertos fueron suscritos, en su mayor parte, por un período de un año con renovación tácita.

Aunque la formalización de dichos conciertos se ajusta a la legalidad, ASEPEYO debería continuar el proceso de adaptación de los mismos a las previsiones del TRLCSP, con el fin de garantizar que todos los conciertos con entidades privadas se adecuen a los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, igualdad y no discriminación, exigidos en el artículo 191 del TRLCSP para las adjudicaciones de los contratos no sujetos a regulación armonizada.

En la práctica, ASEPEYO, a través de la renovación tácita anual, sigue manteniendo, en algunos casos por un tiempo superior a veinte años, conciertos cuya duración, de formalizarse en el momento actual, no podría exceder de cuatro años incluidos los dos de prórroga previstos, y ello solo en el caso de que se trate de conciertos para la prestación de asistencia sanitaria de carácter hospitalario. Además, en 85 conciertos el importe ejecutado en el ejercicio 2013 hubiera supuesto su necesario sometimiento a un procedimiento de licitación (de estos conciertos, 15 superaron incluso los 100.000 euros de facturación en 2013).

A modo de ejemplo, resultan especialmente significativos los conciertos suscritos con el Hospital 3 y con la Clínica 2, cuya facturación en el ejercicio 2013 ascendió a 363.679 euros y 324.186 euros, respectivamente³⁵.

³⁵ En el trámite de alegaciones ASEPEYO señala que los servicios que venían prestando dichos hospitales han sido sometidos a licitación en 2015 como contratos de servicios a través de procedimiento de publicidad y libre concurrencia, si bien este Tribunal considera que deberían haberlo sido bajo la modalidad de contratos de gestión de servicios públicos.

Esta práctica, además de no resultar acorde con la legislación contractual vigente y con las propias instrucciones de contratación de la mutua, es contraria a la buena gestión de los caudales públicos ya que podría suponer un encarecimiento de los precios satisfechos por ASEPEYO por la asistencia sanitaria prestada a través de ellos; ya que es previsible que, de someter esta a un procedimiento de contratación ajustado al principio de concurrencia competitiva y a las demás previsiones del TRLCSP, ASEPEYO obtendría ofertas más económicas.

Por otra parte, en el análisis de los conciertos suscritos por ASEPEYO desde la entrada en vigor de la LCSP hasta el 28 de junio de 2013, período durante el que se aplicaron las primeras instrucciones de contratación de la mutua, se ha observado lo siguiente:

- a) De acuerdo con la información registrada en la base de contratos obtenida del aplicativo MÁXIMO, con posterioridad a 30 de abril de 2008 se suscribieron 82 contratos con una facturación total de 442.007 euros en 2013, que fueron adjudicados directamente, sin garantizar el cumplimiento de los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, igualdad y no discriminación exigidos sin excepción por la LCSP que le era aplicable en el momento de su suscripción.

Por ello, ASEPEYO debería proceder a la rescisión de los contratos que mantiene en vigor en la actualidad y, cuando sea necesario, a la iniciación de un nuevo procedimiento de contratación ajustado a las previsiones del TRLCSP y a la normativa de contratación de la propia mutua, sobre todo en los de mayor importe facturado en cada ejercicio (a modo de ejemplo, los suscritos con la persona física 7 y con la empresa 41, con una facturación de 32.089 euros y 23.702 euros, respectivamente, en el ejercicio 2013)³⁶.

- b) Los conciertos sujetos a la legislación contractual suscritos por ASEPEYO vienen condicionados por la regulación de los conciertos de importe inferior a 50.000 euros contenida en las instrucciones de contratación de la mutua de 1 de septiembre de 2008 (en vigor hasta el 28 de junio de 2013), en las que se les considera como contratos menores en todo caso³⁷.

En este mismo sentido, la circular nº L-004/09.2, de 20 de mayo de 2009, sobre *Procedimiento de contratación pública - Ley de contratos del sector público*, de ASEPEYO, llega a señalar incluso que “*los contratos de cuantía inferior a 50.000 € no están afectados por la LCSP*”.

A pesar de que la mencionada circular nº L-004/09.2 les confiere a los conciertos de importe inferior a 50.000 euros la condición de contratos menores, en la tramitación del expediente de contratación no se les aplicaba el límite temporal de un año sin posibilidad de prórroga, establecido tanto en la LCSP como en el TRLCSP (artículo 23.3 de ambos textos legales)³⁸.

³⁶ No puede aceptarse la alegación de ASEPEYO en la que indica que el concierto suscrito con la persona física 7 que presta sus servicios en el hospital de la mutua no está sometido a la normativa contractual, ya que el artículo 8 del TRLCSP no exceptiona estos supuestos del ámbito de aplicación de los contratos de gestión de servicios públicos.

³⁷ El punto 26.2 de dichas instrucciones señala que para la preparación de los contratos inferiores a 50.000 euros bastará solo con la aprobación del gasto y la factura. Esta regulación fue modificada en las Instrucciones de contratación de 28 de mayo de 2013 (en vigor desde 29 de junio de 2013), que reducen a 18.000 euros el límite de los contratos de preparación simplificada, según la propia instrucción.

³⁸ Rectificado también en las Instrucciones de contratación de la mutua de 28 de mayo de 2013, que en su punto 11.4 señalan que “*De acuerdo con lo establecido en los arts. 23 y 138.3 TRLCSP, los contratos de importe inferior a 50.000 euros, cuando se trate de contratos de obras, o a 18.000 euros, cuando se trate de otros contratos, no podrán tener una duración superior a un año ni ser objeto de prórroga*”.

En materia de contratos no sujetos a regulación armonizada, el TRLCSP exige a las mutuas que aprueben unas instrucciones internas de obligado cumplimiento en las que se regulen los procedimientos de contratación, pero estas instrucciones no pueden vulnerar los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, igualdad y no discriminación recogidos en el TRLCSP.

En los 549 contratos suscritos por ASEPEYO desde la entrada en vigor de la LCSP hasta el 28 de junio de 2013, calificados como menores, se ha observado lo siguiente:

- En un total de 57 contratos, por un importe conjunto de 3.020.978 euros, el importe facturado en el ejercicio 2013 fue superior a 18.000 euros. De ellos, 19, por un importe global de 2.087.090 euros, eran superiores incluso a 50.000 euros, contraviniendo no solo la normativa general aplicable sino las propias instrucciones de contratación de ASEPEYO, que, como se ha indicado, establecían el límite de los contratos menores en 50.000 euros.

El detalle de los mencionados 19 contratos, ordenado en función de su importe, es el siguiente:

Cuadro n.º 16
CONTRATOS MENORES IMPORTE SUPERIOR
50.000 EUROS. ASEPEYO. Ejercicio 2013

(En euros)

EMPRESA	CONTRATO	IMPORTE
Empresa 42	A201100108(*)	248.870
Empresa 43	A201201741	238.957
Empresa 44	A201100901	177.361
Empresa 45	A200809228	167.240
Empresa 46	A201201266	151.816
Empresa 47	A201200157(*)	105.600
Empresa 48	A200810870	75.083
Empresa 49	A201200718	69.307
Empresa 50	A201300422	62.652
Empresa 51	A201300565	60.335
Empresa 43	A201300804	57.715
Empresa 52	A201300497	56.902
Empresa 53	A201000370(*)	56.878
Empresa 54	A201300305	56.461
Empresa 55	A201300104(*)	51.852
Empresa 56	A201200053(*)	51.381
Empresa 57	A201300423	51.020
Empresa 58	A201201511	50.650
Empresa 59	A201300098(*)	50.090
TOTAL		1.840.170

Fuente: Información facilitada por ASEPEYO³⁹.

(*) Conciertos en los que el año de la fecha de firma que figura en la base de conciertos no coincide con el año del código de referencia del contrato, incoherencia que podrían denotar errores en su cumplimentación.

³⁹ No puede aceptarse la alegación de ASEPEYO en la que señala que se incluye indebidamente entre los conciertos no sujetos al TRLCSP, el suscrito con la empresa 52, cuyo objeto es la prestación de los servicios sanitarios en las instalaciones que la mutua, ya que entiende que no debería sujetarse a procedimiento de contratación pública. Frente a lo alegado cabe destacar que el artículo 8 del TRLCSP no exceptiona estos supuestos del ámbito de aplicación de los contratos de gestión de servicios públicos que las mutuas celebren para la prestación de asistencia sanitaria a sus asegurados.

- El plazo de duración de los mencionados 549 conciertos calificados como menores por ASEPEYO fue distinto del previsto en el artículo 23.3 de la LCSP y del TRLCSP, tal y como se detalla a continuación⁴⁰:
 - El 71% de estos conciertos (un total de 392 por importe de 2.505.274 euros) tenían prevista una duración inicial de cuatro años y la posibilidad de prórroga anual por otros dos.
 - En el 29% de los conciertos, si bien tenían una duración inicial de un año, se preveía la posibilidad de prórroga tácita anual.
- c) Respecto a los 46 contratos con un importe total en el ejercicio 2013 de 1.635.171 euros, adjudicados mediante procedimiento abierto y que corresponden a 17 procedimientos que fueron licitados erróneamente como contratos de servicios cuando deberían haber sido calificados, en atención a su objeto, como contratos de gestión de servicios públicos, conforme a lo previsto en el artículo 8 del TRLCSP.
- d) Según consta en la base de datos de contratos de ASEPEYO, en el período comprendido entre la entrada en vigor de la LCSP y el 28 de junio de 2013 la mutua suscribió 87 conciertos para la prestación de asistencia sanitaria, por un importe total ejecutado en el ejercicio 2013 de 1.993.632 euros, todos ellos adjudicados directamente. Este proceder es contrario a los principios que rigen la contratación pública, en los que se indica que los contratos menores son los únicos que pueden adjudicarse directamente a los empresarios que cuenten con capacidad de obrar y con la habilitación profesional establecida legalmente. Además, se ha observado lo siguiente:
 - El 40% de los conciertos adjudicados directamente por ASEPEYO (un total de 35, con un importe ejecutado en el ejercicio 2013 de 670 955 euros) tenían una duración inicial de un año con posibilidad de prórroga tácita anual.
 - El 56% (un total de 49, con un importe total ejecutado en el ejercicio 2013 de 1.215.200 euros) tenía una duración inicial de cuatro años, con posibilidad de prórroga anual por otros dos.

Con independencia de su duración, que en todos los casos fue superior a doce meses, los 28 conciertos adjudicados directamente por ASEPEYO que superaron solo en el ejercicio 2013 el importe de 18.000 euros fueron los siguientes:

⁴⁰ En el trámite de alegaciones ASEPEYO señala que ocho conciertos han sido ya extinguidos, tras haber sido sometidos, "en la mayoría de los casos", al correspondiente proceso de contratación pública, pero no aporta más que la baja de estos conciertos en CAS@ sin adjuntar información adicional que permita corroborar lo afirmado en alegaciones.

Cuadro n.º 17
ADJUDICACIONES DIRECTAS POR IMPORTE
SUPERIOR A 18.000 EUROS. ASEPEYO.
Ejercicio 2013

(En euros)

PROVEEDOR	CONTRATO	IMPORTE
Empresa 60	A201300309	185.333
Empresa 61	A201001064	97.768
Empresa 62	A201000489	96.029
Empresa 63	A201300798	63.682
Persona física 8	A201300193	57.515
Empresa 43	A201100842	51.064
Empresa 64	A201300805	49.728
Persona física 9	A201300029	48.345
Persona física 10	A200900388	47.844
Empresa 65	A201300050	44.545
Empresa 66	A201000905	39.721
Empresa 67	A201000920	38.978
Empresa 68	A201000951	36.639
Empresa 69	A201300046	35.396
Persona física 11	A201000109	33.129
Persona física 12	A200900114	32.406
Persona física 13	A200800068	31.405
Empresa 70	A201300803	31.051
Empresa 71	A201001061	30.804
Persona física 14	A200806434	30.801
Persona física 15	A201000097	29.447
Persona física 16	A200810866	28.545
Persona física 17	A200803515	26.513
Persona física 18	A201101639	21.632
Persona física 19	A201100366	20.930
Persona física 20	A201200575	20.160
Persona física 21	A200812265	19.414
Persona física 22	A201100130	19.275
TOTAL		1.268.099

Fuente: Base de datos aportada por ASEPEYO

Al margen de la calificación otorgada por ASEPEYO a estos conciertos, la mayor parte de los mismos deberían haber sido adjudicados mediante un procedimiento de licitación abierto o negociado ya que, según exigen los artículos 175 de la LCSP y 191 del TRLCSP, las adjudicaciones de los contratos no sujetos a regulación armonizada han de someterse en todo caso a los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, igualdad y no discriminación, pudiendo haberse adjudicado directamente solo en los casos en que se hubieran cumplido las previsiones legales para considerarlos contratos menores, pero en todo caso solo por el período de un año y que el contrato debe ser adjudicado a quien presente la oferta económicamente más ventajosa.

En relación con los conciertos suscritos por la mutua a partir de 29 de junio de 2013 (fecha de entrada en vigor de sus segundas Instrucciones de contratación de ASEPEYO de 28 de mayo de 2013) con un importe facturado en el ejercicio 2013 de 182.844 euros, hay que destacar lo siguiente:

- a) Respecto de los dos conciertos suscritos por procedimiento abierto, cabe reiterar lo expuesto con anterioridad en el sentido de que fueron licitados como contratos de servicios cuando debieron haberlo sido como contratos de gestión de servicios públicos, de conformidad con las previsiones del artículo 8 del TRLCSP.

b) En los 42 contratos menores suscritos se ha comprobado lo siguiente:

- Todos los contratos, salvo el suscrito con el Hospital 3, cuyo importe ejecutado en el ejercicio 2013 fue de 24.592 euros, tenían un importe inferior a 18.000 euros.
- 38 contratos fueron suscritos por un período de cuatro años, prorrogables durante dos más, incumpliendo el plazo máximo de un año de duración establecido en el artículo 23.2 del TRLCSP.

D.- Cumplimiento de la normativa específica de contratación y gestión de asistencia sanitaria con medios ajenos

La normativa específica de contratación y gestión de asistencia sanitaria viene condicionada por la falta de desarrollo reglamentario del Real Decreto 1630/2011, que corresponde a los Ministerios de Trabajo e Inmigración y de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Esta situación ha supuesto que algunas mutuas, como ASEPEYO, hayan continuado, hasta 2015, tramitando sus conciertos por el procedimiento normalizado CAS@, acogiéndose a la posibilidad prevista en la disposición transitoria segunda del citado Real Decreto 1630/2011. En consecuencia, los conciertos que ASEPEYO mantuvo en vigor durante el ejercicio 2013 presentaban, con carácter general, en cuanto a sus aspectos fundamentales, dos grupos diferenciados, en función de si se habían suscrito con anterioridad o con posterioridad a la entrada en vigor, con fecha 18 de octubre de 2009, de la Orden TIN/2786/2009.

En consonancia con dicho criterio, ASEPEYO contaba con sendas circulares internas en materia de conciertos de prestaciones de asistencia sanitaria: “*la circular nº P-022/07.2, de 2 de julio de 2007, sobre conciertos sanitarios*” previa a la publicación de la Orden Cas@, y “*la circular nº L-007/09.1, de 23 de noviembre de 2009, sobre conciertos sanitarios. Normas de actuación. Orden TIN/2789/2009*”.

Las diferencias entre los dos modelos de concierto de ASEPEYO en función de la fecha en la que fueron suscritos, en lo que respecta a sus aspectos fundamentales (ámbito de aplicación, duración y tarifas), y su comparación con el régimen jurídico aplicable desde la entrada en vigor, con fecha 23 de noviembre de 2011, del Real Decreto 1630/2011, se incluyen en el cuadro siguiente:

Cuadro n.º 18
RÉGIMEN JURÍDICO DE LOS CONCIERTOS.
ASEPEYO. En vigor en 2013

ÁMBITO TEMPORAL	RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE A LOS CONCIERTOS EN CADA PERÍODO				
	ÁMBITO DE APLICACIÓN	DURACIÓN INICIAL	PRÓRROGA	TARIFAS	CLÁUSULA DE REVISIÓN
Hasta 17/10/2009 (A)		1 año	Tácita anual	Sin determinar tipo	No prevista
Desde 18/10/2009 (B)	AT y EEP	Cuatro años máximo	Anual, dos años máximo	Por acto médico	Revisión anual conforme al IPC del año anterior
Desde 23/11/2013 (C)	AT y EPP Y CC según normativa	Dos años máximo en centros hospitalarios y uno en el resto de supuestos	Dos años en centros hospitalarios y uno en el resto de supuestos	Sin determinar tipo	No prevista

Fuente: Información facilitada por ASEPEYO.

(A) Según modelo de concierto privado utilizado por ASEPEYO.

(B) Según las estipulaciones primera y séptima del modelo de concierto aprobado mediante la Orden TIN/2786/2009.

(C) Artículos 1 y 11 del Real Decreto 1630/2011.

Por otra parte, de acuerdo con la información contenida en la base de datos de conciertos, los 1.366 suscritos por ASEPEYO para la prestación de asistencia sanitaria con medios privados vigentes en el ejercicio 2013 (coincidentes con la base de datos de facturación) presentaban el siguiente desglose en función de la fecha de suscripción:

Cuadro n.º 19
CLASIFICACIÓN DE LOS CONCIERTOS.
ASEPEYO. En vigor en 2013

NORMATIVA	N.º	IMPORTE	%
Anteriores a la Orden CAS@	720	10.857.501	60,26
Posteriores a la Orden CAS@	250	2.307.324	12,81
Posteriores al Real Decreto 1630/2011	396	4.852.266	26,93
TOTAL	1.366	18.017.091	100

Fuente: Información aportada por ASEPEYO.

Como se deduce de los cuadros anteriores, durante el ejercicio 2013 ASEPEYO mantuvo en vigor 720 conciertos, suscritos hasta 17 de octubre de 2009, de los cuales al menos 620 fueron prorrogados anualmente de forma tácita, debiendo señalarse que en 99 de estos conciertos se preveía una duración por un año, con prórroga tácita anual, aun cuando estos habían sido suscritos a partir de la entrada en vigor de la LCSP y de la primera instrucción de contratación de la mutua, en cuyo apartado 11.1 se establecía que la duración de los contratos debería establecerse *“teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones, las características de su financiación y la necesidad de someter periódicamente a concurrencia la realización de su objeto”*. Por ello, ASEPEYO debería haber ido rescindiendo estos contratos, adaptándolos a la normativa específica de conciertos sanitarios y, en su caso, a la legislación contractual.

La rescisión de los contratos prorrogados tácitamente hubiera impedido que, a la fecha de conclusión de los trabajos de fiscalización (junio de 2015), continuaran en vigor los conciertos suscritos en octubre de 1996 con la persona física 23 y en enero de 2003 con la persona física 24, en virtud de los cuales ambos profesionales se comprometían a prestar sus servicios a cambio de una tarifa mensual fija, estimada a tanto alzado; actuación contraria a la estipulación sexta del modelo de concierto de la Orden CAS@, según la cual *“La compensación económica a satisfacer por la mutua o, en su caso, por las mutuas integrantes de la entidad mancomunada a la entidad*

concertada por la prestación de la asistencia sanitaria será la resultante de aplicar las tarifas por acto médico que se especifican en hoja anexa...”.

En virtud de dichos conciertos, la persona física 23 facturó a ASEPEYO, durante 2013, 23.902 euros y la persona física 24, por importe de 15.177 euros.

Aunque ambos conciertos se ajustaban a la normativa vigente en la fecha de su suscripción, es evidente que su vigencia, todavía en el ejercicio 2015, con tarifas no estipuladas por acto médico, resulta contraria a una gestión eficiente de los recursos públicos.

De igual modo, al menos 58 de los 250 conciertos para la prestación de asistencia sanitaria suscritos por la mutua en el período comprendido entre la entrada en vigor de la Orden CAS@ y la del Real Decreto 1630/2011, se suscribieron con una duración inicial de un año, con prórroga tácita anual, contraviniendo la estipulación séptima del modelo de concierto de la Orden CAS@, según la cual la prórroga anual de los conciertos se limita a dos años máximos y su duración total a seis.

Por otra parte, los 396 conciertos suscritos desde el 23 de noviembre de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2013 se formalizaron sin tener en cuenta los plazos de duración regulados en el Real Decreto 1630/2011 (dos años cuando la prestación de servicios se realice en centros hospitalarios o un año en el resto de supuestos, pudiendo prorrogarse expresamente, por igual periodo, por acuerdo de la Junta Directiva).

ASEPEYO siguió tramitando los conciertos con el mismo modelo de concierto aprobado mediante la Orden TIN/2786/2009, sin modificar los plazos de duración ni incorporar la necesidad de cumplir los requisitos exigidos a las entidades privadas en el artículo 12 del Real Decreto 1630/2011 así como en los restantes preceptos de este.

ASEPEYO se limitó a comunicar a este Tribunal que sobre la falta de cumplimiento de los artículos 12 y 14 del Real Decreto 1630/2011 en los conciertos suscritos tras su entrada en vigor, habría que tener en cuenta la delegación que efectuó la Junta Directiva de la mutua en su Director Gerente en febrero de 2012, y este a su vez en el Director de Organización Funcional del área sanitaria⁴¹, sin aportar ninguna justificación real del citado incumplimiento.

E.- Gasto derivado del transporte de trabajadores accidentados

Las obligaciones reconocidas netas por ASEPEYO en 2013 en concepto de transporte sanitario efectuado con medios ajenos privados presentan el siguiente desglose:

⁴¹ Sobre este punto, ASEPEYO manifiesta lo siguiente: “La Junta Directiva de ASEPEYO, en reunión celebrada en fecha 28 de febrero de 2012 adoptó el siguiente acuerdo de delegación de facultades en el Director Gerente:

«Tercero.- De conformidad con lo previsto en los artículos 34.7 y 35.1 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, así como en el primer párrafo del artículo 34, el artículo 40 y el primer párrafo del artículo 41 de los vigentes Estatutos mutuales, se faculta y delega en el Director Gerente de la Mutua para: (...).

b) Acordar válidamente y sin restricciones, en representación de la Mutua y por delegación de su Junta Directiva, haber examinado los conciertos con centros privados para la prestación de los servicios sanitarios y recuperadores a cargo de la Mutua, así como haber comprobado la concurrencia en los centros sanitarios concertados las condiciones y requisitos estipulados en los respectivos conciertos y de haberse ajustado a lo dispuesto en la Ley 30/2007, de 30 de octubre, en los términos previstos en el artículo 14 del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, y a los efectos de proceder a su comunicación ante la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social».

El Director Gerente, a su vez, apoderó al Director de Organización Funcional del área sanitaria (...) para tales efectos. En consecuencia, debería entenderse que la firma por su parte de los conciertos supondría el cumplimiento de lo exigido en el artículo 14 del RD 1630/2011”

Cuadro n.º 20
GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA
CONCERTADA. ASEPEYO. Ejercicio 2013

(En
euros)

CONCEPTO PRESUPUESTARIO	CON CONCIERTO	SIN CONCIERTO	TOTAL
2551	458.827	0	458.827
2582	5.024.096	249.720	5.273.816
TOTAL	5.482.923	249.720	5.732.643

Fuente: Liquidación del presupuesto de gastos de ASEPEYO.

Del cuadro anterior se deduce que solo el 8% (458.827 euros) de los gastos de transporte sanitario efectuado mediando un concierto se imputó al concepto presupuestario 2551 del presupuesto de ASEPEYO. El 92% restante (5273.816 euros), a pesar de corresponder a gastos por prestaciones de asistencia sanitaria efectuada por proveedores con los que existía concierto en vigor, se imputó al subconcepto 2582.- *Otros servicios de asistencia sanitaria*, al que deben aplicarse exclusivamente los gastos prestados por terceros que no cuenten con concierto previo. Este proceder es debido a que ASEPEYO toma como criterio para imputar a uno u otro subconcepto de gasto el carácter medicalizado o no del transporte sanitario efectuado en ambulancia, considerando que el transporte sanitario no medicalizado no constituye una prestación de asistencia sanitaria, a pesar de lo cual lo imputa al mencionado artículo 25⁴².

Sin embargo, el artículo 1 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, no ofrece dudas sobre la consideración del transporte sanitario como una prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud, ya se trate de transporte asistido o no asistido (esto es, medicalizado o no), urgente o programado.

F.- Gastos de asistencia sanitaria prestada sin concierto

De acuerdo con la normativa interna de ASEPEYO, deberían haberse suscrito conciertos con los siguientes proveedores, al haber facturado estos una cantidad superior a 3.000 euros anuales, conforme a lo dispuesto en la circular nº P-022/07.2, de 2 de julio de 2007, sobre conciertos sanitarios (aplicable desde 23/11/2009 a supuestos no CAS@):

⁴² En el trámite de alegaciones, ASEPEYO señala que, a la vista de lo indicado por el Tribunal, procederá a subsanar la situación y a tramitar toda la contratación de los transportes sanitarios como conciertos.

Cuadro n.º 21
GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA SIN
CONCIERTO. ASEPEYO. Ejercicio 2013
 (En euros)

PROVEEDOR	IMPORTE
Persona física 25	104.823
Empresa 72	16.555
Empresa 73	15.450
Empresa 74	10.064
Empresa 75	7.871
Empresa 76	7.574
Empresa 77	5.821
Persona física 26	4.769
Empresa 78	4.392
Empresa 79	4.281
Empresa 80	4.145
Empresa 81	3.346
Empresa 82	3.070
TOTAL	192.161

Fuente: Información aportada por ASEPEYO⁴³.

(*) Sin facturas adicionales por cada traslado de pacientes.

Entre los gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos sin concierto destaca la persona física 25, cuyo importe, solo en el ejercicio 2013, superó ampliamente los 50.000 euros que la normativa establece como límite para someter obligatoriamente un concierto a licitación.

G.- Vinculación entre ASEPEYO y las empresas asociadas

En la fiscalización se ha observado lo siguiente:

- La existencia de 73 empresas asociadas a ASEPEYO y de 344 trabajadores de empresas asociadas a la mutua que habían formalizado conciertos de asistencia sanitaria con esta, por lo que existe el riesgo de alguna vinculación entre los administradores y responsables de las citadas empresas y la Junta Directiva de la mutua, o con el Director Gerente o cualquier otra persona que ejerza funciones de dirección ejecutiva en la propia mutua, vinculación que vulneraría el artículo 12 d) del Real Decreto 1630/2011.
- La existencia de 5 trabajadores de ASEPEYO cuyas empresas habían formalizado conciertos de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos con la mutua, por lo que en estos conciertos existe el riesgo de posible vinculación y conflicto de intereses.

II.3.3. IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274

II.3.3.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El gasto total en asistencia sanitaria ejecutado por esta mutua durante el ejercicio 2013 ascendió a 93.159.907 euros, de los cuales el importe concertado con medios ajenos fue de 17.857.416 euros, lo que representa el 19,17% del total, porcentaje inferior a la media del conjunto de las mutuas (el 23,55%).

⁴³ En el trámite de alegaciones ASEPEYO señala que a lo largo de 2014 se firmaron contratos con las empresas 73, 79 y 81, si bien bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios y no como conciertos de asistencia sanitaria.

En el cuadro siguiente se muestra la evolución del gasto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos realizado por IBERMUTUAMUR e imputado al artículo 25 de su presupuesto de gastos en los ejercicios 2012 y 2013:

Cuadro n.º 22
GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA
CONCERTADA. IBERMUTUAMUR. Ejercicios
2012 y 2013

(En euros)

PROGRAMA PRESUPUESTARIO	2012 1	2013 2	Variación (2012 / 2013) $4 = \frac{(2-1) \times 100}{1}$
1102 Incapacidad temporal	985.184	948.504	(3,72)
2122 Medicina ambulatoria	9.823.409	9.764.727	(0,60)
2224 Medicina hospitalaria	7.662.957	7.144.185	(6,77)
TOTAL	18.471.550	17.857.416	(3,32)

Fuente: Cuentas rendidas al Tribunal de Cuentas.

Como se deduce del cuadro anterior, el gasto en asistencia sanitaria concertada con medios ajenos disminuyó un 3,32% en 2013 respecto al año anterior, siendo especialmente destacable el programa de medicina hospitalaria, con un descenso del 6,77%.

En el cuadro siguiente se detallan las obligaciones reconocidas netas en el ejercicio 2013 e imputadas por IBERMUTUAMUR al concepto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos:

Cuadro n.º 23
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS.
IBERMUTUAMUR. Ejercicio 2013

(En euros)

SUBCONCEPTOS	DEFINICIÓN	IMPORTE	%
2515 y 2525	Conciertos con entidades privadas	8.422.326	47,16
2582	Otros servicios de asistencia sanitaria	6.325.407	35,42
25431 y 25432	Conciertos resonancia nuclear y TAC	1.113.806	6,24
2517 y 2527	Conciertos con otras mutuas	802.204	4,49
2545	Conciertos rehabilitación-fisioterapia	797.130	4,46
2552	Traslado enfermos con otros medios de transporte	257.414	1,44
2581	Reintegros	86.301	0,48
2512 , 2522 y 2511	Conciertos con CCAA e instituciones del Estado	27.559	0,15
2551	Servicios concertados de ambulancias	20.892	0,13
2547	Otros servicios especiales	4.377	0,03
TOTAL		17.857.416	100

Fuente: Cuentas rendidas al Tribunal de Cuentas.

Como se observa en el cuadro anterior, las dos partidas más importantes (subconceptos 2515 y 2525 que suponen el 47,16% del total) corresponden a los conciertos con entidades privadas (tanto en atención primaria como en atención especializada) y la de "Otros Servicios de Asistencia Sanitaria" (subconcepto 2582, que representa el 35,42% del total), en la que se debería haber imputado solo el gasto de asistencia sanitaria respecto del que la mutua no había formalizado un concierto. A pesar de ello, a esta partida se imputaron indebidamente gastos de asistencia sanitaria para los que la mutua tenía formalizado un concierto.

Los artículos 9 y 11 del Real Decreto 1630/2011 prevén que las mutuas puedan celebrar convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias de las CCAA y que solamente puedan acudir a la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora mediante concierto con medios privados en el caso de que aquellas no dispongan de ellos, ni exista la posibilidad de utilización de instalaciones de otras mutuas o no exista convenio con las Administraciones públicas sanitarias. Sin embargo, el importe satisfecho por IBERMUTUAMUR con estas entidades públicas, según la liquidación presupuestaria, fue del 0,15%, lo que pone de manifiesto la prácticamente nula colaboración entre esta mutua y las entidades públicas⁴⁴.

Estos porcentajes denotan que IBERMUTUAMUR recurrió preferentemente a la prestación de servicios sanitarios y recuperadores con medios privados, lo que es contrario al espíritu de la normativa vigente⁴⁵.

Por otra parte, la concertación de la asistencia sanitaria con los Servicios Públicos de Salud, en la actualidad casi inexistente en IBERMUTUAMUR, permitiría aplicar tarifas inferiores, con el consiguiente ahorro de costes al Sistema de la Seguridad Social. A modo de ejemplo, la suscripción, el 2 de abril de 2013, de un convenio sanitario con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, le supuso a IBERMUTUAMUR un ahorro del 6% en el ejercicio 2013.

En el sistema de facturación, control y pago de los gastos derivados de los conciertos formalizados por IBERMUTUAMUR se lleva en una aplicación informática que exige, previamente al pago de cualquier servicio médico externo, la asignación del concepto del gasto facturado, incluso por línea de factura, la solicitud de asistencia sanitaria externa por los médicos de la mutua y el episodio en concreto, la revisión por los servicios médicos correspondientes y el visado adicional por los Jefes de Área e incluso por los Directores Médicos en función del importe de la factura.

En el análisis de los conciertos formalizados por IBERMUTUAMUR, que estaban vigentes durante el ejercicio 2013, se han observado las incidencias que se detallan en los siguientes epígrafes.

II.3.3.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS.

A.- Cumplimiento de la normativa de contratación pública

El apartado 5.3.c) de la circular 1/2012, de la mutua, que entró en vigor el 15 de noviembre de 2012, relativa al procedimiento de contratación de obras, suministros, servicios y gestión de servicios públicos, contemplaba los requisitos exigibles para la adjudicación de los contratos de gestión de servicios públicos para la prestación de asistencia sanitaria de importe superior a 18.000 euros e igual o inferior a 50.000, al señalar que deberá tratarse de: *“un documento que recoja, sucintamente, las características de los bienes y/o prestaciones a contratar y las condiciones*

⁴⁴ No puede aceptarse la alegación de IBERMUTUAMUR respecto a que el cumplimiento del mandato de concertación sanitaria preferente con los Servicios Públicos de Salud de las CCAA, como prevé el Real Decreto 1630/2011, les situaría en un incumplimiento manifiesto de multitud de preceptos de rango superior a la citada norma, dado que, por un lado, las normas genéricas invocadas en sus alegaciones se refieren a la eficiencia y la optimización de recursos del sector público en general y, por otro lado, en materia de conciertos de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos es de aplicación el artículo 20 del TRLCSP, que establece, en cuanto a su preparación y adjudicación, la aplicación de la norma específica, en este caso concreto el citado Real Decreto.

⁴⁵ Señala la mutua en sus alegaciones que ha progresado en la ampliación de conciertos con otras mutuas, como Asepeyo y Fraternidad-Muprespa, autorizados por la DGOSS en el año 2011 y más recientemente con la Mutua Montañesa, suscrito el 27 de febrero de 2015 y autorizado por la DGOSS el 18 de marzo de 2015.

esenciales de su ejecución, la solicitud de tres ofertas, siempre que sea posible, la aprobación del gasto y la incorporación al expediente de la correspondiente factura”.

Es decir, la circular establecía, para la formalización de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos de importe superior a los 18.000 euros, los mismos requisitos de los contratos menores (tres ofertas en su caso, aprobación del gasto y la existencia de la factura en el expediente). Sin embargo, aquella no preveía, como regla general para los conciertos superiores a 18.000 euros, la necesidad de un procedimiento de contratación de forma que quede garantizada la efectividad de los principios de concurrencia, transparencia e igualdad y que el contrato es adjudicado a quien presente la oferta económicamente más ventajosa.

Esta situación se ha corregido en el mes de marzo de 2014, con la aprobación del manual relativo a la concertación sanitaria, que regula el procedimiento para la formalización y adjudicación de estos conciertos adaptado a la normativa de contratación pública. Así, según este manual, los criterios para iniciar la suscripción de un concierto son asegurar que los centros provinciales tengan cubiertas principalmente las necesidades de primera asistencia o de urgencias 24 horas.

Asimismo, el citado manual establece expresamente que los conciertos con los centros hospitalarios no pueden tener una duración superior a los 2 años, prorrogables por otros dos, y para el resto de centros o profesionales sanitarios no pueden ser superiores a 1 año, prorrogable por otro. Es decir, fija unos plazos acordes a lo dispuesto en el Real Decreto 1630/2011, que no recogía la circular 1/2012, aplicable en el ejercicio 2013.

De acuerdo con la información aportada por IBERMUTUAMUR para la gestión y control del gasto de asistencia sanitaria con medios ajenos existentes en el ejercicio 2013, los conciertos se clasificaban en los tres tipos siguientes: licitaciones, contratos no sujetos al TRLCSP y contratos menores; y convenios con Administraciones públicas y a otros tipos.

El siguiente cuadro refleja el resumen de los procedimientos de adjudicación de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos existentes en el ejercicio 2013:

Cuadro n.º 24
PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN DE
CONCIERTOS. IBERMUTUAMUR. Ejercicio 2013

(En euros)

TIPOS DE PROCEDIMIENTO	IMPORTE	%	NÚMERO CONCIERTOS
Licitaciones	3.409.250	19,09	70
No sujetos al TRLCSP	2.643.282	14,80	138
Contratos menores	2.125.067	11,90	497
Asistencias sanitarias prestadas por administraciones públicas	5.055.062	28,31	-
Asistencias sanitarias prestadas por otras mutuas	821.987	4,60	-
Asistencias sanitarias prestadas por entidades privadas sin concierto	641.198	3,59	-
Organismos internacionales	30.738	0,17	-
Reintegros	86.301	0,48	-
Otros	550.815	3,09	-
N/D	2.493.716	13,97	257
TOTAL	17.857.416	100	962

Fuente: Información facilitada por IBERMUTUAMUR.

La mayor parte de estos conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos habían sido formalizados en ejercicios anteriores a 2013. Sin embargo, en dicho ejercicio seguían generando gasto para la mutua, debido a las sucesivas prórrogas de los mismos.

Como se deduce del cuadro anterior, el 19,09% de las obligaciones reconocidas netas e imputadas al artículo 25 del presupuesto de IBERMUTUAMUR corresponde a conciertos objeto de licitación conforme al TRLCSP, el 14,80% a conciertos que, a juicio de la citada mutua, no estaban sujetos al TRLCSP (lo que se analiza en el subepígrafe siguiente), y el 11,90% a contratos menores, que también se analizan posteriormente.

Asimismo, el 28,31% de las obligaciones reconocidas netas corresponde a la asistencia sanitaria prestada por otras Administraciones públicas para las que no existía concierto de asistencia sanitaria (normalmente derivada de una urgencia en la que el trabajador asegurado por la mutua acude a un establecimiento sanitario perteneciente a un Servicio Público de Salud) y que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4 c) del TRLCSP, los convenios con otras Administraciones públicas están excluidos de su aplicación.

B.- Contratos considerados por la mutua como “no sujetos” al TRLCSP

IBERMUTUAMUR consideró que la normativa de contratación pública no era aplicable a un total de 138 conciertos formalizados con anterioridad al 30 de abril de 2008, fecha de entrada en vigor de la LCSP, y que en el ejercicio 2013 generaron gastos por 2.643.282 euros (el 14,80% del total por prestaciones de asistencia sanitaria con medios ajenos)⁴⁶.

De estos 138 conciertos, 128 (el 92,75%), por 2.367.458 euros, habían sido suscritos entre la mutua y proveedores privados de asistencia sanitaria al margen de la normativa de contratación pública, a los que posteriormente se adhirió Corporación Mutua para hacer extensivas las coberturas contractuales del concierto suscrito entre IBERMUTUAMUR y el proveedor privado al resto de las mutuas partícipes de la citada Corporación, por lo que existe el riesgo de que estas otras mutuas también estén considerando como no sujetos al TRLCSP los conciertos y que estén utilizando estos acuerdos al margen de la normativa de contratación pública.

En relación con lo anterior cabe señalar que Corporación Mutua quedó disuelta en virtud del Real Decreto 701/2013, de 20 de septiembre, de racionalización del sector público, habiéndose iniciado su proceso de liquidación, por lo que, aunque no podrá suscribir nuevos acuerdo de adhesión, seguirán vigentes los formalizados con anterioridad por otras mutuas pertenecientes a la citada Corporación.

C.- Adjudicaciones directas por importe superior al máximo establecido en el TRLCSP

El artículo 138 del TRLCSP sólo contempla la adjudicación directa de los contratos menores para aquellos de importe inferior a 18.000 euros, IVA e impuestos excluidos, y señala expresamente, en su artículo 23.3, que los contratos menores no pueden tener una duración superior a un año ni ser objeto de prórroga.

De los 497 conciertos adjudicados con anterioridad al ejercicio 2013 mediante contratación directa (asimilables a los contratos menores en el TRLCSP), 21 conciertos de importe superior a 18.000 euros generaron gasto en el ejercicio 2013, habiendo sido todos ellos adjudicados con posterioridad al 30 de abril de 2008, fecha a partir de la cual ya estaba en vigor la LCSP, aplicable

⁴⁶ En la alegación a la conclusión 29 la mutua acredita que en el ejercicio 2015 se han regularizado los 138 conciertos, en concreto 59 se han renovado formalizándose a través de un contrato menor de importe inferior a 18.000 euros, 58 conciertos con proveedores han causado baja a consecuencia del proceso de regularización y reordenación de los servicios sanitarios y los 21 restantes se han licitado.

a las mutuas. Además, estos conciertos han sido prorrogados tácita y anualmente, al menos, hasta el ejercicio 2013⁴⁷.

El cuadro siguiente incluye el detalle, por proveedor e importe facturado, de los 21 conciertos vigentes en el ejercicio 2013 adjudicados de forma directa, con facturación superior a 18.000 euros:

Cuadro n.º 25
ADJUDICACIONES DIRECTAS SUPERIORES A
18.000 EUROS. IBERMUTUAMUR. Ejercicio 2013

(En euros)

PROVEEDOR	IMPORTE (A)	DESVIACIÓN (%) [(A-18.000)*100]/18.000
Empresa 83	104.045	478,03
Empresa 84	100.367	457,59
Empresa 85	87.054	383,63
Empresa 86	66.416	268,98
Empresa 87	55.895	210,53
Empresa 88	48.604	170,02
Empresa 89	45.439	152,44
Empresa 90	39.011	116,73
Empresa 81	37.192	106,62
Empresa 92	36.430	102,39
Empresa 93	31.470	74,83
Empresa 94	31.463	74,79
Empresa 95	31.404	74,47
Empresa 96	25.046	39,14
Persona física 27	21.410	18,94
Empresa 97	21.228	17,93
Empresa 98	20.900	16,11
Empresa 99	18.836	4,64
Empresa 100	18.405	2,25
Empresa 101	18.383	2,13
Empresa 102	18.367	2,04
TOTAL	877.365	
MEDIA	41.779	132,11

Fuente: Información facilitada por IBERMUTUAMUR.

Como se deduce del cuadro anterior, de las obligaciones reconocidas netas por IBERMUTUAMUR en el ejercicio 2013 (17.857.416 euros) e imputadas al artículo 25 de su presupuesto de gastos, 877.365 euros (el 5% del total) corresponden a 21 conciertos de asistencia sanitaria adjudicados directamente por IBERMUTUAMUR y cuyo importe individual superó los 18.000 euros en todos los casos. Dichos conciertos fueron prorrogados, al menos, hasta el ejercicio 2013, vulnerando los principios de concurrencia, igualdad y transparencia que deben regir en los procedimientos de contratación de las mutuas.

De los 21 conciertos señalados anteriormente destacan, por sus importes, los correspondientes a tres empresas por 104.045 euros, 100.367 euros y 87.054 euros (con unas desviaciones, respecto al límite máximo de 18.000 euros, del 478,03%, 457,59% y 383,63%, respectivamente), que habían sido formalizados en el ejercicio 2010, fecha en la que ya había entrado en vigor la LCSP y la Orden CAS@.

⁴⁷ En la alegación a la conclusión 30 la mutua acredita que durante los ejercicios 2014 y 2015, estos 21 conciertos han sido objeto de regularización, 6 de ellos mediante su baja por recisión, 5 han sido tramitados como contratos menores al no superar el importe de 18.000 euros y los 10 restantes han sido objeto de licitación.

D.- Plazo máximo de vigencia de los conciertos

La Orden TIN/2768/2009, de 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado CAS@, para la tramitación de las solicitudes de autorización y comunicaciones de los conciertos con medios privados para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a cargo de las mutuas, establecía como límite máximo de dichos conciertos el plazo de cuatro años, pudiendo prorrogarse tácitamente por períodos anuales hasta un máximo de seis años.

Posteriormente, el artículo 11 del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, señalaba que la vigencia de los conciertos no puede superar el período de dos años cuando la prestación de servicios se realice en centros hospitalarios o de un año en el resto de supuestos, y podrán prorrogarse expresamente por igual periodo, por acuerdo de la Junta Directiva.

Los conciertos adjudicados por IBERMUTUAMUR y que han supuesto gasto para la mutua en el ejercicio 2013 presentan la siguiente clasificación, en función de la normativa aplicable en cada momento:

Cuadro n.º 26
CONCIERTOS LICITADOS, NO SUJETOS AL
TRLCSP Y MENORES. IBERMUTUAMUR.
Ejercicio 2013

(En euros)

PERIODOS	NORMATIVA	CONCIERTOS	%	IMPORTE	%
Anteriores al 30 de abril de 2008	Derecho privado	136	20,15	2.642.519	32,31
Desde el 1 de mayo de 2008 al 18 de octubre de 2009	LCSP	265	39,26	1.982.655	24,24
Desde el 19 de octubre de 2009 al 22 de noviembre de 2011	LCSP y Orden CAS@	2	0,30	762	0,01
A partir del 23 de noviembre de 2011	LCSP, TRLCSP y Real Decreto 1630/2011	272	40,29	3.551.663	43,44
TOTAL		675	100	8.177.599	100

Fuente: Información facilitada por IBERMUTUAMUR.

Como se deduce del cuadro anterior, el 32,31% del importe facturado en el ejercicio 2013 por proveedores de asistencia sanitaria a IBERMUTUAMUR corresponde a 136 conciertos formalizados con anterioridad a la entrada en vigor de la LCSP y, por tanto, en régimen de derecho privado.

Teniendo en cuenta, por una parte, la antigüedad de estos conciertos (que se remontan al año 1993) y el hecho de que la Secretaría de Estado de la Seguridad Social no fijara los términos y condiciones de la adecuación de aquellos a lo establecido en el Real Decreto 1630/2011, estos conciertos, vigentes todavía en el ejercicio 2013, han sido formalizados y prorrogados tácitamente sin sujeción a la normativa de contratación pública y sin adecuarse, en cuanto a su tramitación y adjudicación, a los requisitos de publicidad, concurrencia, transparencia y objetividad, por lo que no se han garantizado los principios de eficiencia y economía respecto a la gestión de recursos públicos.

E.- Gasto derivado del transporte de trabajadores accidentados

Entre los gastos imputados por IBERMUTUAMUR al artículo 25 de su presupuesto figuran, además de los de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, los de transportes sanitarios formalizados con proveedores externos que tuvieron una triple imputación presupuestaria por parte de IBERMUTUAMUR, como se señala en el cuadro siguiente:

Cuadro n.º 27
GASTOS DE TRANSPORTE SANITARIO.
IBERMUTUAMUR. Ejercicio 2013

(En euros)

Nº EMPRESAS	IMPORTE	%	SUBCONCEPTO	DEFINICIÓN
37	501.761	66,06	2582	Otros servicios de asistencia sanitaria
1	242.702	31,95	2552	Traslado enfermos con otros medios de transporte
1	13.921	1,83	2551	Servicios concertados de ambulancias
-	1.198	0,16	-	Periodificaciones
38 (1)	759.582	100	-	-

Fuente: Información facilitada por la mutua.

(1) La empresa cuyas facturas fueron imputadas a los subconceptos 2551 y 2552 fue la misma. Por eso, el número total de empresas es igual a 38 y no a 39

Del cuadro anterior se deduce que en el ejercicio 2013 IBERMUTUAMUR imputó el 66,06% del gasto de transporte sanitario al subconcepto presupuestario 2582 "Otros servicios de asistencia sanitaria", y únicamente el 31,95% y el 1,83% a los subconceptos 2552 "Traslado enfermos con otros medios de transporte" y 2551 "Servicios concertados de ambulancias", respectivamente, subconceptos más específicos para este tipo de gastos y a los que debería ajustarse la mutua.

El criterio de imputación presupuestaria utilizado por IBERMUTUAMUR fue la existencia o no de un concierto suscrito entre la mutua y los proveedores; sin embargo, se ha verificado que esta mutua imputó al subconcepto 2582 facturas de proveedores con los que sí existía un concierto.

La facturación emitida por las empresas de transporte sanitario a IBERMUTUAMUR se detalla en el cuadro siguiente:

Cuadro n.º 28
GASTOS DE TRANSPORTE SANITARIO.
IBERMUTUAMUR. Ejercicio 2013

(En euros)

PROVEEDOR	IMPORTE	%	Subconcepto
Empresa 103	300.402	39,55	2582
Empresa 104	256.268	33,74	2551/2552
Empresa 105	86.015	11,32	2582
Empresa 106	25.175	3,31	2582
Empresa 107	21.679	2,85	2582
Empresa 108	19.936	2,62	2582
Empresa 109	11.206	1,48	2582
Empresa 110	8.180	1,08	2582
Empresa 111	7.886	1,04	2582
Resto (28 empresas)	22.835	3,01	2582
TOTAL	759.582	100	

Fuente: Información aportada por la mutua

Como se deduce del cuadro anterior, IBERMUTUAMUR abonó a la empresa 103 un importe de 300.402 euros por el transporte de los trabajadores protegidos (el 39,55% del importe facturado por este concepto). En relación con este proveedor conviene precisar que la mutua suscribió un concierto provisional, con fecha 6 de marzo de 2007, el cual fue remitido a la DGOSS para su autorización, indicando el anexo 1 de este que "estudiados los costes que supondría el abono de los servicios individualizados y con la experiencia acumulada en esta y otras provincias, la mutua

decide realizar un abono único mensual de 5.000 euros por ambulancia. Con ello, además de abaratar la factura, garantiza un límite de gasto y permite prever con exactitud los presupuestos”.

En relación con este concierto, la DGOSS, mediante escrito dirigido a la mutua de fecha 21 de agosto de 2007, señalaba que *“al examinar el contenido del concierto que han remitido se observa que como contraprestación económica por la prestación sanitaria concertada se establece una cantidad a tanto alzado, lo que impide valorar correctamente el alcance económico del concierto con los datos disponibles. En su lugar, debería establecerse en el citado concierto un sistema de tarifas de precios por servicios o asistencias concertadas que permitiera acreditar debidamente el coste económico unitario de los servicios sanitarios efectivamente dispensados”.*

El concierto provisional fue modificado el 1 de marzo de 2008 y respecto del cual la DGOSS, mediante escrito de 22 de abril de 2008, reitera su criterio al señalar que *“revisado el cuadro de tarifas anexo, se considera que la cantidad que figura en el mismo continúa siendo un tanto alzado, por lo que sería conveniente que, tal y como se lo indicábamos en nuestro anterior escrito de 21 de agosto de 2007, debería establecerse un sistema de precios por servicios o asistencias concertadas”.*

Este criterio de la DGOSS es coherente con el de este Tribunal de Cuentas, incluido en el *“Informe de Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social”*, aprobado por su Pleno el 26 de marzo de 2009.

A pesar de lo anterior, la facturación abonada a dicha empresa por IBERMUTUAMUR en 2013, para la práctica totalidad de las facturas emitidas, tuvo un importe fijo de 5.000 euros.

De todo lo expuesto se deduce que en el concierto anterior no quedó garantizado que los pagos efectuados por IBERMUTUAMUR correspondieran realmente a la totalidad de los servicios prestados. Además, la adjudicación de este concierto fue antieconómica para los fondos públicos, dado que la citada mutua siempre pagará una cantidad mínima aunque no se preste el servicio, mientras que si se sobrepasa el umbral establecido la mutua abona los excesos a los precios establecidos en el concierto. La facturación por acto médico realizable resulta más acorde con los principios de economía y de buena gestión financiera que deben regir la gestión de los fondos públicos.

En el mismo sentido se manifestó la propia DGOSS en contestación, de fecha 29 de junio de 2007, a una solicitud de autorización de conciertos para otra mutua al señalar que *“se observa que, como contraprestación económica por la asistencia sanitaria concertada, se establece una cantidad a tanto alzado que impide valorar correctamente el alcance económico del concierto con los datos disponibles. Por lo tanto, se requiere a esa mutua la remisión de un nuevo Anexo de Tarifas en el que consten, únicamente, las especialidades médicas concertadas y las tarifas aplicables a cada una de ellas ya que, sería la forma de acreditar debidamente el coste económico unitaria de los servicios sanitarios debidamente dispensados”⁴⁸.*

Por otra parte, la propia instrucción de IBERMUTUAMUR ya no permite formalizar conciertos en los que los servicios se abonen por una cantidad a tanto alzado, aunque sí se contempla para los conciertos que habían sido formalizados con anterioridad, aunque estableciendo que se evalúe su coste final al señalar que *“No podrán concertarse servicios sanitarios utilizando la formula tarifaría*

⁴⁸ En la alegación a la conclusión 31 la mutua señala que en el ejercicio 2015 ya no queda ningún contrato en el que se establezca una contraprestación a tanto alzado por la prestación de servicios sanitarios.

de cantidad a tanto alzado. No obstante lo anterior, en aquellos conciertos todavía vigentes (transporte sanitario), cuya fórmula tarifaría sea una cantidad a tanto alzado será preciso requerir, con la periodicidad que se determine y como mínimo una vez al año, un listado de los casos atendidos con la finalidad de evaluar que su coste final se asemeje al que se habría obtenido mediante el sistema de costes unitarios por acto médico”.

F.- Vinculación entre IBERMUTUAMUR y las empresas asociadas

Se ha detectado la existencia de 144 empresas asociadas a IBERMUTUAMUR que han formalizado conciertos de asistencia sanitaria con la propia mutua, por lo que existe el riesgo de alguna vinculación entre los administradores o responsables de las citadas empresas con la Junta Directiva de la mutua, con el Director Gerente o cualquier otra persona que ejerza funciones de dirección ejecutiva en la propia mutua, vinculación que está prohibida por el artículo 12 d) del Real Decreto 1630/2011, cuestión que debe ser analizada por la mutua y que no ha sido verificada.

En el trámite de alegaciones la mutua expone que en todos los expedientes de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos consta una declaración responsable de no estar incurso en ningún tipo de vinculación indicada en el citado artículo 12.d).

II.3.4. UMIVALE, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15

II.3.4.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El gasto en asistencia sanitaria realizado por UMIVALE durante el ejercicio 2013 ascendió a 20.575.012 euros, de los cuales 11.404.670 euros (el 55,43% del total, lo que equivale a más del doble de la media del conjunto de las mutuas) corresponden a servicios concertados con medios ajenos⁴⁹.

En el cuadro siguiente se refleja la evolución del gasto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos realizado por la mutua e imputado al artículo 25 de su presupuesto durante los ejercicios 2012 y 2013:

⁴⁹ No puede aceptarse la alegación de UMIVALE, puesto que en ella la mutua realiza cálculos alternativos a los del informe, basados en un nuevo ICGs03 del ejercicio 2013, elaborado y remitido a la DGOSS el 22 septiembre de 2015 (fecha muy posterior a la de la conclusión de la fiscalización) y en añadir las aportaciones que realizó al Hospital Intermutual de Levante y a la Corporación Suma Intermutual, mientras que la información incluida en este apartado del Informe es la que figura en las cuentas anuales y del informe de gestión de UMIVALE. Además, la aportación que realizó la mutua al Hospital Intermutual de Levante y a la Corporación Suma Intermutual fue para su funcionamiento y no solo para asistencia sanitaria concertada con medios ajenos (que constituye el objeto de la presente fiscalización).

Por otra parte, la citada asistencia sanitaria concertada por el Hospital Intermutual de Levante se analiza en el epígrafe II.3.6 del presente informe.

Cuadro n.º 29
GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA
CONCERTADA. UMIVALE. Ejercicios 2012 y
2013

(En euros)

PROGRAMA PRESUPUESTARIO	2012 1	2013 2	Variación (2012 / 2013) $4 = \frac{(2-1) \times 100}{1}$
1102 Incapacidad temporal	1.233.876	1.391.726	12,79
2122 Medicina ambulatoria	7.460.677	7.424.000	0,49
2224 Medicina hospitalaria	2.631.165	2.588.944	(1,60)
TOTAL	11.325.718	11.404.670	0,70

Fuente: Cuentas rendidas al Tribunal de Cuentas.

Como se deduce del cuadro anterior, el gasto en asistencia sanitaria concertada con medios ajenos aumentó en un 0,70% en 2013 respecto al ejercicio anterior, destacando, en particular, el incremento (el 12,79%) en el programa de incapacidad temporal.

El desglose de las obligaciones reconocidas netas correspondientes al artículo 25 del presupuesto en el ejercicio 2013 es el siguiente:

Cuadro n.º 30
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS.
UMIVALE. EJERCICIO 2013

(En euros)

SUBCONCEPTO PRESUPUESTARIO	DEFINICIÓN	IMPORTE	%
2582	Otros servicios de asistencia sanitaria	5.649.914	49,54
2515	Conciertos con entidades privadas atención primaria	1.876.041	16,45
2525	Conciertos con entidades privadas atención especial	1.204.804	10,56
2545	Conciertos rehabilitación-fisioterapia	917.900	8,05
25431	Conciertos resonancia nuclear	841.824	7,38
2547	Otros servicios especiales	460.190	4,04
2522	Conciertos con CCAA	198.328	1,74
2551	Servicios concertados de ambulancias	75.596	0,66
-	Resto de subconceptos presupuestarios	180.073	1,58
TOTAL		11.404.670	100

Fuente: Cuentas anuales del ejercicio 2013 rendidas al Tribunal.

Como se deduce del cuadro anterior, la principal partida (el 49,54%) corresponde al subconcepto 2582 "Otros servicios de asistencia sanitaria".

Los artículos 9 y 11 del Real Decreto 1630/2011 prevén que las mutuas puedan celebrar convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias de las CCAA y que solamente puede acudir a la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora mediante concierto con medios privados en el caso de que las mutuas no dispongan de ellos, ni exista la posibilidad de utilización de instalaciones de otras mutuas o no exista convenio con las Administraciones públicas sanitarias. Sin embargo, el gasto realizado por UMIVALE con estas entidades públicas representó un escaso 1,74%, lo que demuestra la casi nula colaboración entre esta mutua y las entidades públicas⁵⁰.

⁵⁰ La alegación de UMIVALE cuestiona la conveniencia de derivar pacientes a los servicios sanitarios de las CCAA como prevé el Real Decreto 1630/2011, argumentando que es desconocer la realidad española, que la tarifa de la sanidad pública es contraria a toda lógica económica y que existen permanentes listas de espera en la sanidad pública. En

Esta situación es contraria al espíritu de la normativa vigente.

En el análisis de los conciertos formalizados por UMIVALE vigentes durante el ejercicio 2013 se han observado las incidencias que se detallan en los siguientes epígrafes.

II.3.4.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

A.- Cumplimiento de la normativa de contratación pública

En el ejercicio fiscalizado UMIVALE contaba con un procedimiento escrito para la contratación, seguimiento y control de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, en virtud del cual se suscribirían nuevos conciertos cuando una Dirección Técnica de la mutua no dispusiese de todos los servicios mínimos predefinidos o por la necesidad reiterada de un servicio que no podía ser cubierto con medios propios.

Una vez apreciada esa necesidad, se realizaba un cálculo de los servicios a requerir, se cumplimentaba una "ficha de solicitud de contratación", se redactaban los pliegos económicos y técnicos, se publicaba la oferta en el Portal de Contrataciones del Estado, se valoraban las ofertas y se adjudicaba el concierto.

En el ejercicio 2013 prestaron a la mutua servicios de asistencia sanitaria un total de 1.144 proveedores (1.454 expedientes de contratación), con una facturación total de 11.404.670 euros, de los que 287, por un importe conjunto de 1.787.827 euros, eran centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos, y 85, con una facturación de 451.373 euros, corresponden a otras mutuas o Centros Mancomunados, mientras que el resto corresponde a conciertos formalizados por la mutua (contratos menores y procedimiento general o abierto) así como gastos realizados sin concierto. En el cuadro siguiente se incluye la distribución de dicha facturación:

Cuadro n.º 31
PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN.
UMIVALE. Ejercicio 2013

(En euros)

TIPO DE PROCEDIMIENTO	EXPEDIENTES	%	IMPORTE	%
Contrato menor	388	26,69	2.757.702	24,18
General/abierto	24	1,65	2.541.376	22,28
Entidades públicas	287	19,74	1.787.827	15,68
Sin concierto	50	3,44	1.475.846	12,94
Mutuas	85	5,85	451.373	3,96
Sin datos (*)	620	42,63	2.390.546	20,96
TOTAL	1.454	100	11.404.670	100

Fuente: Información facilitada por UMIVALE.

(*) De la información aportada por UMIVALE no se ha podido clasificar los 620 conciertos en función del tipo de procedimiento de adjudicación.

relación con lo anterior hay que indicar, por una parte, que estos argumentos no están soportados con documentación o justificación alguna; y, por otra, que la normativa que regula las prestaciones de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos es de obligado cumplimiento para las mutuas.

Como se deduce del cuadro anterior, la adjudicación directa mediante contratación menor fue la modalidad más frecuente, tanto por número de proveedores (26,69%) como por su importe (24,18% del total). Asimismo, el procedimiento abierto alcanzó el 22% del gasto total en el ejercicio 2013.

En relación con lo anterior hay que indicar que el artículo 138 del TRLCSP sólo contempla la adjudicación directa de los contratos menores para aquellos de importe inferior a 18.000 euros IVA e impuestos excluidos, señalando expresamente su artículo 23.3 que los contratos menores no pueden tener una duración superior a un año ni ser objeto de prórroga. A este respecto, UMIVALE había aprobado unas instrucciones internas de contratación el 25 de abril de 2008, en las que establecía como límite para la contratación menor un importe de 50.000 euros; instrucciones que han estado en vigor hasta el 31 de enero de 2014, fecha de entrada en vigor las nuevas instrucciones, que ya establecen como límite para la contratación menor un importe de 18.000 euros.

Sin embargo, de los 388 proveedores que prestaron servicios de asistencia sanitaria en 2013, 43 (el 11,08% de los proveedores con los que se formalizaron contratos menores) facturaron, cada uno de ellos, por importe superior a 18.000 euros, por lo que se vulneraron los principios de igualdad, concurrencia y transparencia que deben regir en la gestión de los fondos públicos, dado que todos los conciertos fueron adjudicados con posterioridad a la entrada en vigor de la LCSP.

El cuadro siguiente incluye el detalle, por proveedor e importes facturados, de los 43 conciertos adjudicados directamente, que seguían vigentes en el ejercicio 2013 y que presentaron una facturación superior a los 18.000 euros:

Cuadro n.º 32
ADJUDICACIONES DIRECTAS POR IMPORTE
SUPERIOR A 18.000 EUROS. UMIVALE. Ejercicio
2013

(En euros)

EMPRESA	FECHA	IMPORTE A	DESVIACIÓN (%) [(A-18.000)*100]/18.000
Empresa 112	9/8/2013	60.187	234,37
Empresa 113	27/12/2012	54.498	202,77
Empresa 114	28/8/2013	47.889	166,05
Empresa 115	9/8/2013	44.878	149,32
Empresa 116	4/10/2013	35.726	98,48
Empresa 117	9/8/2013	34.300	90,56
Empresa 118	22/8/2013	32.972	83,18
Empresa 119	30/11/2011	31.833	76,85
Empresa 120	4/2/2013	31.616	75,65
Empresa 121	12/9/2013	30.669	70,38
Empresa 122	9/8/2013	30.637	70,21
Empresa 123	12/9/2013	30.411	68,95
Empresa 124	19/8/2013	29.578	64,32
Empresa 125	9/8/2013	27.600	53,33
Empresa 126	24/10/2013	27.141	50,78
Empresa 127	4/10/2013	27.083	50,46
Empresa 128	20/08/2013	26.185	45,47
Empresa 129	24/10/2013	26.083	44,91
Empresa 130	3/12/2013	25.816	43,42
Empresa 131	19/08/2013	25.202	40,01
Empresa 132	12/8/2013	25.105	39,47
Empresa 133	21/10/2013	24.722	37,34
Empresa 134	22/11/2013	24.212	34,51
Empresa 135	14/8/2013	23.970	33,17
Empresa 136	19/8/2013	23.846	32,48
Empresa 137	2/8/2013	22.606	25,59
Empresa 138	23/10/2013	22.548	25,27
Empresa 139	26/9/2013	22.140	23,00
Empresa 140	9/8/2013	22.012	22,29
Empresa 141	28/8/2013	21.840	21,33
Empresa 142	9/8/2013	21.545	19,69
Empresa 143	15/4/2013	21.395	18,86
Empresa 144	12/8/2013	21.388	18,82
Empresa 145	12/11/2013	21.158	17,54
Empresa 146	22/8/2013	20.824	15,69
Empresa 147	20/8/2013	20.782	15,46
Empresa 148	3/12/2013	20.422	13,46
Empresa 149	8/11/2013	19.776	9,87
Empresa 150	25/7/2013	19.590	8,83
Empresa 151	3/12/2013	19.468	8,16
Empresa 152	26/11/2013	19.394	7,74
Empresa 153	21/8/2013	18.199	1,11
Empresa 154	28/8/2013	18.130	0,72
TOTAL	-	1.175.376	
MEDIA	-	27.334	51,86

Fuente: Información aportada por UMIVALE.

Del cuadro anterior se deduce que de las obligaciones reconocidas netas en 2013 con cargo al artículo 25 del presupuesto de la mutua (11.404.670 euros), 1.175.373 euros (el 10,30% del total) corresponden a servicios adjudicados directamente, incumpliendo los principios de concurrencia, igualdad y transparencia que rigen la contratación pública.

B.- Plazo máximo de vigencia de los conciertos

La Orden TIN/2768/2009, de 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado CAS@ para la tramitación de las solicitudes de autorización y comunicaciones de los conciertos con medios privados para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a cargo de las mutuas, establecía como límite máximo de los conciertos de asistencia sanitaria el plazo de cuatro años, pudiendo prorrogarse tácitamente por períodos anuales hasta un máximo de seis años.

Posteriormente, el artículo 11 del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, señalaba que la vigencia de los conciertos no puede superar el período de dos años cuando la prestación de servicios se realice en centros hospitalarios, o de un año en el resto de supuestos, y podrán prorrogarse expresamente por igual periodo, por acuerdo de la Junta Directiva.

Los conciertos que fueron adjudicados por UMIVALE y que han originado gasto para la mutua en el ejercicio 2013 presentan la siguiente clasificación, en función de la normativa aplicable:

Cuadro n.º 33
NORMATIVA APLICABLE A LOS CONCIERTOS.
UMIVALE. Ejercicio 2013
(En euros)

PERIODOS	NORMATIVA	NUMERO DE CONCIERTOS	%	IMPORTE	%
Anteriores al 30 de abril de 2008	Derecho privado	993	68,29	4.629.746	40,60
Desde el 1 de mayo de 2008 al 18 de octubre de 2009	LCSP	2	0,14	33.002	0,29
Desde el 19 de octubre de 2009 al 22 de noviembre de 2011	LCSP y Orden CAS@	8	0,55	412.501	3,62
A partir del 23 de noviembre de 2011	LCSP, TRLCSP y Real Decreto 1630/2011	401	27,58	4.853.574	42,56
N/A		50	3,44	1.475.847	12,93
TOTAL		1.454	100	11.404.670	100

Fuente: Información aportada por UMIVALE.

Como se deduce del cuadro anterior, el 40,60% del importe facturado en 2013 por proveedores de asistencia sanitaria a UMIVALE corresponde a 994 conciertos que habían sido formalizados con anterioridad a la entrada en vigor de la LCSP y, por tanto, en régimen de derecho privado.

Es especialmente significativo que UMIVALE, a pesar de su prolongación en el tiempo, no sometiera a licitación en 2013 los 447 conciertos con entidades privadas que habían sido suscritos con anterioridad a la entrada en vigor de la LCSP, y por tanto adjudicados con menos garantías que las exigibles en aquella. Los restantes 449 corresponden a conciertos con centros públicos y otras mutuas.

Teniendo en cuenta, por una parte, la antigüedad de estos conciertos (que se remontan al año 1997) y el hecho de que la Secretaría de Estado de la Seguridad Social no fijara los términos y condiciones de la adecuación de aquellos a lo establecido en el Real Decreto 1630/2011, estos conciertos, vigentes todavía en el ejercicio 2013, han sido formalizados y prorrogados tácitamente sin sujeción a la normativa vigente de contratación pública y sin adecuarse, en cuanto a su tramitación y adjudicación a los requisitos de publicidad, concurrencia, transparencia y objetividad, por lo que no se han garantizado los principios de eficiencia y economía respecto a la gestión de recursos públicos.

II.3.5. Mutua de Accidentes de Canarias (MAC), Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 272

II.3.5.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El gasto en asistencia sanitaria realizado por MAC durante el ejercicio 2013 ascendió a 9.929.117 euros, de los cuales el importe concertado con medios ajenos se elevó a 4.093.386 euros (el 41,23% del importe total, más del doble de la media del conjunto de las mutuas).

En el cuadro siguiente se refleja la evolución del gasto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos realizado por la mutua e imputado al artículo 25 de su presupuesto durante los ejercicios 2012 y 2013:

Cuadro n.º 34
GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA
CONCERTADA. MAC. Ejercicios 2012 y 2013

(En

euros)

PROGRAMA PRESUPUESTARIO	2012 1	2013 2	Variación (2012 / 2013) $4 = \frac{(2-1) \times 100}{1}$
1102 Incapacidad temporal	0	0	-
2122 Medicina ambulatoria	2.862.234	2.888.120	0,90
2224 Medicina hospitalaria	1.096.007	1.205.266	9,97
TOTAL	3.958.241	4.093.386	3,41

Fuente: Cuentas anuales rendidas al Tribunal de Cuentas.

Como se deduce del cuadro anterior, el gasto en asistencia sanitaria concertada con medios ajenos aumentó un 3,41% en 2013 respecto al ejercicio anterior, destacando el programa presupuestario de medicina hospitalaria (con un incremento del 9,97%). Por otra parte, MAC es una de las cinco mutuas que no realizó gasto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos imputable al programa presupuestario de incapacidad temporal para el control y seguimiento de los procesos derivados de contingencias comunes.

El desglose de las obligaciones reconocidas netas imputadas durante el ejercicio 2013 por MAC en concepto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos es el siguiente:

Cuadro n.º 35
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS. MAC.
Ejercicio 2013

(En euros)

SUBCONCEPTO	DEFINICIÓN	IMPORTE	%
2515	Conciertos con entidades privadas atención primaria	1.182.302	28,88
2525	Conciertos con entidades privadas atención especializada	1.002.654	24,49
2551	Servicios concertados de ambulancias	936.372	22,88
2582	Otros servicios de asistencia sanitaria	813.336	19,87
2547	Otros servicios especiales	156.420	3,82
2581	Reintegros	2.302	0,06
TOTAL		4.093.386	100

Fuente: Cuentas anuales rendidas al Tribunal de Cuentas.

Como se deduce del cuadro anterior, las principales partidas (el 53,37% del total) del gasto en asistencia sanitaria concertada con medios ajenos corresponden a la realizada por entidades privadas para la prestación de servicios de atención primaria y especializada.

Los artículos 9 y 11 del Real Decreto 1630/2011 prevén que las mutuas puedan celebrar convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias de las CCAA, y que solamente puede acudir a la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora mediante concierto con medios privados en caso de que las mutuas no dispongan de ellos ni exista la posibilidad de utilización de instalaciones de otras mutuas o no exista convenio con las Administraciones públicas sanitarias.

MAC imputó al subconcepto 2582 el gasto derivado de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud, por importe de 709.165 euros (17,32% sobre el total). Este porcentaje denota que MAC recurrió preferentemente a la prestación de servicios sanitarios y recuperadores con medios privados, lo que es contrario al espíritu de la normativa vigente.

En el análisis de los conciertos formalizados por MAC vigentes durante el ejercicio 2013 se han observado las incidencias que se detallan en los siguientes epígrafes.

II.3.5.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

A.- Cumplimiento de la normativa de contratación pública

En el ejercicio fiscalizado la mutua no había aprobado instrucciones internas ni manuales de procedimientos sobre la tramitación, formalización y aprobación de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, lo que es contrario al principio de buena gestión financiera y, además, no se ha dado cumplimiento a las recomendaciones del Tribunal de Cuentas incluidas en el “Informe de Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social”, aprobado por su Pleno en sesión de 26 de marzo de 2009, que señalaba la necesidad de aprobar dichas instrucciones. En similar sentido se pronuncia el artículo 191.b) del TRLCSP, que establece la obligatoriedad de que los poderes adjudicadores (entre los que se encuentran las mutuas) aprueben unas instrucciones, de obligado cumplimiento, en las que se regulen los procedimientos de contratación de forma que quede garantizada la efectividad de los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, confidencialidad, igualdad y no discriminación.

Así, según la propia mutua, para la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos “... se utiliza un procedimiento similar al procedimiento descrito en la Circular nº 3, de 15 de octubre de 2008, de Corporación Mutua en materia de gestión de conciertos sanitarios con medios ajenos”. Pues bien, esta Circular, que, además de no haber sido aprobada por MAC y de ser anterior a la entrada en vigor de la Orden CAS@, ni siquiera regula el procedimiento para la formalización y adjudicación de dichos conciertos, por lo que la mutua formalizó y ejecutó conciertos en el ejercicio 2013 sin normas aprobadas⁵¹.

Del importe total de las obligaciones reconocidas netas por MAC en el ejercicio 2013 (4.093.386 euros), el gasto derivado de la asistencia sanitaria con medios ajenos sin formalización de un concierto ascendió a 815.638 euros (el 19,93%), que fue imputado a los subconceptos 2582 “Otros Servicios de Asistencia Sanitaria” y 2581 “Reintegros”. El resto, por 3.277.748 euros (80,07%), corresponde a la facturación de 72 proveedores con los que la mutua había formalizado 75 conciertos (cuando el proveedor dispone de varios centros asistenciales, se formaliza un concierto para cada centro).

El siguiente cuadro refleja el tipo de procedimiento de adjudicación de estos 75 conciertos vigentes en 2013 y que generaron gasto en el citado ejercicio (se excluyen los subconceptos 2581 y 2582 para los que no existe procedimiento de adjudicación):

⁵¹ No puede aceptarse la alegación de MAC en la que señala que en materia específica de conciertos de asistencia sanitaria ha desarrollado unos pliegos tipo que viene utilizando la mutua como norma interna, dado que estos pliegos no pueden considerarse instrucciones o manuales aprobados por la propia mutua tal y como exige el artículo 191.b) del TRLCSP.

Cuadro n.º 36
PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN DE LOS
CONCIERTOS. MAC. Ejercicio 2013

(En euros)

TIPOS DE PROCEDIMIENTO	CONCIERTOS	%	IMPORTE	%
Adjudicación directa	47	62,67	2.016.691	61,53
Abierto armonizado	2	2,67	941.930	28,74
Negociado sin publicidad	11	14,67	87.381	2,67
Abierto no armonizado	1	1,33	3.544	0,11
Convenios con otras mutuas	7	9,33	7.627	0,23
No consta	7	9,33	220.575	6,72
TOTAL	75	100	3.277.748	100

Fuente: Información aportada por MAC

Como se deduce del cuadro anterior, la adjudicación directa fue la modalidad más frecuente (47 conciertos, el 61,53% del importe facturado), que en el TRLCSP tiene un carácter excepcional, puesto que su artículo 138 sólo contempla la adjudicación directa de los contratos menores para aquellos de importe inferior a 18.000 euros, IVA e impuestos excluidos, señalando su artículo 23.3, además, que los contratos menores no pueden tener una duración superior a un año ni ser objeto de prórroga.

De los 47 conciertos adjudicados mediante contratación directa (asimilable a los contratos menores en el TRLCSP), un total de 20, de importe superior a 18.000 euros en todos los casos, han sido prorrogados tácita y anualmente al menos hasta 2013, y que ascendieron en conjunto a 1.920.083 euros, con la siguiente clasificación:

- Diez conciertos, por importe conjunto de 1.311.119 euros, habían sido adjudicados con anterioridad a la entrada en vigor de la LCSP (30 de abril de 2008). En estos supuestos, MAC no incumplió la normativa que regulaba la formalización de dichos conciertos en aquellos ejercicios; no obstante, el gasto abonado en el ejercicio 2013, derivado de conciertos tan antiguos, pudiera no estar en consonancia con los principios de eficiencia y economía.

Además, es especialmente significativo que MAC, a pesar de su prolongación en el tiempo (en algún caso superior a dieciocho años), no haya sometido a licitación ninguno de estos conciertos suscritos con anterioridad a la entrada en vigor de la LCSP, y por tanto adjudicados con menos garantías que las exigibles en aquella.

- Otros diez conciertos, por importes anuales superiores a 18.000 euros y que en conjunto ascendieron a 608.964 euros en 2013, habían sido adjudicados en 2010 (y seguían vigentes en 2013) directamente de forma indebida, dado que en ese momento ya estaba en vigor la LCSP. Además, estos conciertos fueron prorrogados tácita y anualmente, al menos, hasta 2013, incumpliendo los principios de la contratación pública.

El cuadro siguiente incluye, por proveedor e importe facturado, los 20 conciertos mencionados en los párrafos anteriores adjudicados directamente, que seguían vigentes en 2013 y que presentaron una facturación superior a 18.000 euros en dicho ejercicio:

Cuadro n.º 37
ADJUDICACIONES DIRECTAS POR IMPORTE
SUPERIOR A 18.000 EUROS. MAC. Ejercicio
2013

(En euros)

PROVEEDOR	IMPORTE A	DESVIACIÓN (%) [(A-18.000)*100]/18.000
Empresa 155	480.053	2.566,96
Empresa 156	354.282	1.868,23
Empresa 157	163.870	810,39
Empresa 158	94.349	424,16
Empresa 159	90.819	404,55
Empresa 160	87.838	387,99
Empresa 161	81.211	351,17
Empresa 162	75.249	318,05
Empresa 163	65.847	265,82
Empresa 164	60.415	235,64
Empresa 165	56.359	213,11
Empresa 166	45.184	151,02
Empresa 167	42.876	138,20
Empresa 168	37.265	107,03
Empresa 169	34.910	93,94
Persona física 28	34.637	92,43
Empresa 170	33.544	86,36
Empresa 171	28.668	59,27
Empresa 172	26.641	48,01
Empresa 173	26.066	44,81
TOTAL	1.920.083	
	96.004	433,36

Fuente: Información aportada por MAC

Es de destacar que la media para el conjunto de los 20 proveedores, indicada en el cuadro anterior (96.004 euros), supera en un 433,36% el límite máximo establecido (18.000 euros) en el TRLCSP para proceder a su adjudicación directa, por lo que todos estos conciertos fueron formalizados de forma ineficiente, dado que si para estas mismas necesidades de asistencia sanitaria se hubieran instrumentado mediante la contratación pública y respetando los principios que debe regir la gestión de los fondos públicos, el concierto hubiera sido adjudicado a quien presentase la oferta económica más ventajosa, como prevé el artículo 191 b) del TRLCSP.

B.- Plazo máximo de vigencia de los conciertos

La Orden TIN/2768/2009, de 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado CAS@ para la tramitación de las solicitudes de autorización y comunicaciones de los conciertos con medios privados para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a cargo de las mutuas, establecía como límite máximo de los conciertos de asistencia sanitaria el plazo de cuatro años, pudiendo prorrogarse tácitamente por períodos anuales hasta un máximo de seis años.

Posteriormente, el artículo 11 del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, señalaba que la vigencia de los conciertos no puede superar el período de dos años cuando la prestación de

servicios se realice en centros hospitalarios, o de un año en el resto de supuestos, y podrán prorrogarse expresamente por igual periodo, por acuerdo de la Junta Directiva.

Los conciertos que habían sido adjudicados por MAC y que han generado gasto para la mutua en 2013 presentan la siguiente clasificación, en función de la normativa aplicable en cada momento:

Cuadro n.º 38
NORMATIVA APLICABLE A LOS CONCIERTOS.
MAC. Ejercicio 2013

(En euros)

PERIODOS	NORMATIVA	CONCIERTOS	%	IMPORTE	%
Anteriores al 30 de abril de 2008	Derecho privado	18	24,00	1.324.500	40,41
Desde el 1 de mayo de 2008 al 18 de octubre de 2009	LCSP	0	0	0	0
Desde el 19 de octubre de 2009 al 22 de noviembre de 2011	LCSP y Orden CAS@	31	41,33	1.652.562	50,42
A partir del 23 de noviembre de 2011	LCSP, TRLCSP y Real Decreto 1630/2011	12	16,00	72.484	2,21
N/D		14	18,67	228.202	6,96
TOTAL			75	100	100

Fuente: Información facilitada por MAC.

Del cuadro anterior se deduce que 1.324.500 euros (el 40,41% del importe facturado en 2013) corresponden a 18 conciertos formalizados con anterioridad a la entrada en vigor de la LCSP, y por tanto en régimen de derecho privado y adjudicados con menos garantías que las exigibles en aquella; sin que MAC, a pesar de su prolongación en el tiempo, haya sometido a licitación ninguno de dichos conciertos.

No obstante, teniendo en cuenta la antigüedad de estos conciertos (que se remontan a 1995) y el hecho de que la Secretaría de Estado de la Seguridad Social no fijara los términos y condiciones de la adecuación de aquellos a lo establecido en el Real Decreto 1630/2011, tal y como preveía su disposición final primera, estos conciertos, vigentes en el ejercicio 2013, han sido formalizados y prorrogados tácita y anualmente sin sujeción a la normativa de contratación pública y sin adecuarse a los requisitos de publicidad, concurrencia, transparencia y objetividad en cuanto a su tramitación y adjudicación.

C.- Gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos sin concierto

Como se ha señalado anteriormente, el subconcepto presupuestario 2582 "Otros Servicios de Asistencia Sanitaria" (que representa el 19,87% del gasto total de la mutua en 2013) incluye, con carácter general, aquellos gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos sin la existencia de un concierto previo. Debe tenerse en cuenta que la utilización de este subconcepto debería ser excepcional, por su carácter residual, y al que deben imputarse exclusivamente los gastos de asistencia sanitaria prestados por terceros que no cuenten con concierto previo.

El desglose de dicho subconcepto, con el detalle de los 12 proveedores que mayor importe facturaron a la mutua, es el siguiente:

Cuadro n.º 39
GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON
MEDIOS AJENOS SIN CONCIERTO. MAC.
Ejercicio 2013

(En euros)

PROVEEDOR	TIPO	IMPORTE	%
Empresa 174	Público	181.294	22,29
Empresa 175	Público	126.642	15,57
Empresa 176	Público	98.251	12,08
Empresa 177	Público	82.174	10,10
Empresa 178	Público	54.705	6,73
Empresa 179	Público	52.513	6,46
Persona física 29	Privado	35.119	4,32
Empresa 180	Público	34.538	4,25
Empresa 181	Público	29.463	3,62
Empresa 182	Público	28.310	3,48
Servicio Público de Salud	Público	17.598	2,16
Empresa 183	Privado	9.397	1,16
24 proveedores restantes	-	63.332	7,78
TOTAL	-	813.336	100

Fuente: Información aportada por MAC.

Del cuadro anterior se deduce que de los 36 proveedores de asistencia sanitaria con los que MAC no había formalizado un concierto, 10 pertenecen a la red de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Servicio Canario de la Salud, por lo que para efectuar los pagos de la asistencia sanitaria prestada por estas entidades públicas no era necesario formalizar un concierto, tal y como dispone el artículo 4 c) del TRLCSP.

La mutua suscribió dos conciertos con proveedores privados, uno de ellos con la persona física 30, sobre el que cabe indicar que se imputó, indebidamente, al subconcepto presupuestario 2582, dado que el citado concierto había sido formalizado el 13 de febrero de 2009.

Por otra parte, la cuantía que figura en el concierto como pago por el precio por sus servicios profesionales consiste en *“una retribución fija que (...) será de 2.300€ brutos mensuales. En caso de sobrepasar el número de veinte pacientes mensuales (entendiéndose la consulta inicial y quedando excluidas las sucesivas), se abonarán en la suma de 42€ por cada nuevo paciente que exceda de veinte en cada mensualidad”*.

Así, MAC abonó a este proveedor 14 facturas durante el ejercicio 2013, todas ellas de un importe fijo de 2.352 euros mensuales más uno variable en algunos meses que osciló entre los 84 y los 494 euros, al haberse sobrepasado el número de veinte pacientes que establecía el citado concierto.

Por tanto, en el concierto se estableció una cantidad a tanto alzado, independientemente del número de asistencias sanitarias prestadas, por lo que no parece justificado que los pagos efectuados por la mutua correspondieran realmente a servicios prestados. Además, la adjudicación de este concierto es antieconómica para los fondos públicos, dado que la mutua siempre abonará una cantidad mínima aunque no se preste el servicio, mientras que si se sobrepasa el umbral establecido aquella deberá abonar los excesos a los precios establecidos en el concierto.

En el mismo sentido se manifestó la DGOSS en contestación a una solicitud de autorización de conciertos por otra mutua, de fecha 29 de junio de 2007, al señalar que *“se observa que, como contraprestación económica por la asistencia sanitaria concertada, se establece una cantidad a*

tanto alzado que impide valorar correctamente el alcance económico del concierto con los datos disponibles. Por lo tanto, se requiere a esa mutua la remisión de un nuevo Anexo de Tarifas en el que consten, únicamente, las especialidades médicas concertadas y las tarifas aplicables a cada una de ellas ya que, sería la forma de acreditar debidamente el coste económico unitaria de los servicios sanitarios debidamente dispensados”.

A este respecto conviene recordar que la estipulación sexta del modelo de concierto de la Orden CAS@ establece que la compensación económica que la mutua ha de satisfacer a la entidad concertada será la resultante de aplicar las tarifas por acto médico que se especifican en hoja anexa y que las tarifas se revisarán anualmente conforme al incremento del Índice de Precios al Consumo (IPC) del año anterior. Esta norma, aunque es aplicable a los conciertos formalizados a partir del 18 de octubre de 2009, también debería haberse extendido a los conciertos formalizados con anterioridad a esta fecha pero que seguían en vigor en 2013.

Es de destacar que el citado concierto fue objeto de resolución definitiva el 27 de octubre de 2014.

D.- Vinculación entre MAC y las empresas asociadas

Se ha detectado la existencia de 15 trabajadores de empresas asociadas a la mutua y 5 trabajadores por cuenta propia adheridos a la misma que habían formalizado sendos conciertos de asistencia sanitaria con la propia mutua, por lo que puede existir vinculación entre los administradores o responsables de las citadas empresas y la Junta Directiva de la mutua, o con el Director Gerente o cualquier otra persona que ejerza funciones de dirección ejecutiva en aquella, vinculación que estaría prohibida por el artículo 12 d) del Real Decreto 1630/2011.

II.3.6. Hospital Intermutual de levante, Centro Mancomunado, nº 292

II.3.6.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El Hospital Intermutual de Levante⁵² (en adelante, hospital o centro) es uno de los dos Centros Mancomunados de Mutuas existentes en la actualidad y fue creado para la prestación de la asistencia sanitaria a los trabajadores accidentados en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Los Estatutos del hospital fueron aprobados por Resolución de la DGOSS de 19 de noviembre de 2003 y modificados mediante Resolución de la DGOSS de 11 de abril de 2013. En la propiedad y gestión del centro participan diez mutuas, cuyo porcentaje, de acuerdo con el artículo 5 de sus estatutos y calculado en función de su aportación, es el siguiente:

⁵² La denominación inicial de este hospital fue la de “Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante”, hasta el 11 de abril de 2013, fecha en la que pasa a denominarse “Hospital Intermutual de Levante”

Cuadro n.º 40
PARTICIPACIÓN DE LAS MUTUAS EN EL
HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE

(En euros)

MUTUA	APORTACIÓN	%
FREMAP	4.393.782	27,69
Umivale	2.480.460	15,63
Asepeyo	2.186.560	13,78
Unión de Mutuas	1.761.934	11,10
Ibermutuamur	1.571.575	9,90
Mutua Universal Mugenat	1.423.098	8,97
Fraternidad Muprespa	972.686	6,13
MC Mutual	799.688	5,04
Activa Mutua 2008	147.569	0,93
MAZ	130.281	0,83
TOTAL	15.867.633	100

Fuente: Cuentas aportada por el hospital

El hospital está dotado de personalidad jurídica propia diferenciada de la de las mutuas partícipes, a pesar de lo cual estas asumen responsabilidad mancomunada ilimitada sobre los resultados de su gestión.

La duración prevista de funcionamiento del hospital es por tiempo ilimitado y su objeto social lo constituye la prestación de servicios sanitarios y recuperadores a los trabajadores de las empresas adscritas a las mutuas partícipes, lo que comprende *“la asistencia médica en régimen ambulatorio, la hospitalización de los enfermos y accidentados que requieran intervención quirúrgica o precisen técnicas o vigilancias especializadas, la rehabilitación y la recuperación profesional”*.

El hospital, al igual que las mutuas partícipes, está incluido dentro del ámbito subjetivo de aplicación del TRLCSP, teniendo la consideración de poder adjudicador y no de Administración pública.

En el cuadro siguiente figura la evolución del gasto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos realizado por el hospital e imputado al artículo 25 de su presupuesto, durante los ejercicios 2012 y 2013:

Cuadro n.º 41
GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA
CONCERTADA. HOSPITAL INTERMUTUAL DE
LEVANTE. Ejercicios 2012 y 2013

(En euros)

PROGRAMA PRESUPUESTARIO	2012 1	2013 2	Variación (2012 / 2013) $4 = \frac{(2-1) \times 100}{1}$
1102 Incapacidad temporal	0	0	-
2122 Medicina ambulatoria	512.240	507.980	(0,83)
2224 Medicina hospitalaria	1.386.594	1.454.786	4,92
TOTAL	1.898.834	1.962.766	3,37

Fuente: Cuentas rendidas al Tribunal de Cuentas.

Como se deduce del cuadro anterior, el gasto en asistencia sanitaria concertada con medios ajenos aumentó en un 3,37% en 2013 respecto al ejercicio anterior, destacando el programa presupuestario de medicina hospitalaria (con un incremento del 4,92%). Por otra parte, este hospital no realizó gastos de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos imputables al programa presupuestario de Incapacidad temporal para el control y seguimiento de los procesos

derivados de contingencias comunes, dado que su objeto social es, exclusivamente, la prestación de asistencia sanitaria, tal y como se ha indicado anteriormente.

Las obligaciones reconocidas netas imputadas durante el ejercicio 2013 por el hospital en concepto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos presentan el siguiente desglose:

Cuadro n.º 42
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS.
HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE.
Ejercicio 2013

(En euros)

PROGRAMA	SUBCONCEPTO	DEFINICIÓN	IMPORTE	%
2122	2582	Medicina ambulatoria - Otros servicios de asistencia sanitaria	507.980	25,88
2224	2582	Medicina hospitalaria - Otros servicios de asistencia sanitaria	1.454.786	74,12
TOTAL			1.962.766	100

Fuente: Cuentas rendidas al Tribunal de Cuentas

Los artículos 9 y 11 del Real Decreto 1630/2011 prevén que las mutuas y los Centros Mancomunados puedan celebrar convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias de las CCAA y que solamente puede acudir a la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora mediante concierto con medios privados en caso de que las mutuas no dispongan de ellos ni exista la posibilidad de utilización de instalaciones de otras o no exista convenio con las Administraciones públicas sanitarias, sin embargo, el hospital no realizó ningún gasto con estas entidades públicas.

Estos porcentajes denotan que el Hospital Intermutual de Levante recurrió preferentemente a la prestación de servicios sanitarios y recuperadores con medios privados, lo que es contrario al espíritu de la normativa vigente.

Los gastos realizados por el hospital e imputados al subconcepto 2582 en el ejercicio 2013 son los siguientes, desglosados por proveedores:

Cuadro n.º 43
OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS.
HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE.
Ejercicio 2013

(En euros)

PROVEEDOR	TIPO	IMPORTE	%
Empresa 184	Privada	764.899	38,98
Empresa 185	Privada	148.638	7,57
Empresa 186	Privada	136.316	6,95
Persona física 29	Privada	127.538	6,50
Empresa 187	Privada	117.161	5,97
Persona física 30	Privada	63.567	3,24
Empresa 188	Privada	63.095	3,22
Persona física 31	Privada	57.691	2,94
Persona física 32	Privada	54.145	2,76
Persona física 33	Privada	45.118	2,30
Persona física 34	Privada	44.835	2,28
Persona física 35	Privada	43.533	2,22
Empresa 189	Privada	40.074	2,04
Persona física 36	Privada	24.700	1,26
Persona física 37	Privada	20.949	1,07
Persona física 38	Privada	20.885	1,06
Persona física 39	Privada	20.100	1,02
Empresa 190	Privada	17.839	0,91
Persona física 40	Privada	17.749	0,90
Persona física 41	Privada	17.630	0,90
Persona física 42	Privada	16.150	0,82
Persona física 43	Privada	12.562	0,64
Persona física 44	Privada	11.853	0,60
Persona física 45	Privada	9.349	0,48
Persona física 46	Privada	9.280	0,47
Persona física 47	Privada	7.586	0,39
Empresa 191	Privada	7.167	0,37
Empresa 192	Privada	6.685	0,34
Empresa 193	Asociación	6.000	0,30
16 proveedores restantes	15 Privadas/ 1 Pública	29.416	1,50
TOTAL		1.962.510	100

Fuente: Información entregada por el hospital.

Como se deduce del cuadro anterior, las obligaciones reconocidas netas, según la información obtenida de la facturación, ascendieron a 1.962.510 euros, cuantía inferior en 255 euros al importe total reflejado en el presupuesto de gastos del hospital, sin que se hayan justificado las razones de esta diferencia.

En el análisis de los conciertos formalizados por el hospital vigentes durante el ejercicio 2013 se han observado las incidencias que se detallan en los siguientes epígrafes.

II.3.6.2. FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

A.- Cumplimiento de la normativa de contratación pública

Como se deduce del cuadro anterior, en el ejercicio 2013 el hospital abonó en concepto de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos un importe total de 1.962.510 euros, correspondiente a la facturación de 45 proveedores.

En relación con lo anterior hay que indicar que el artículo 138 del TRLCSP sólo contempla la adjudicación directa de los contratos menores para aquellos de importe inferior a 18.000 euros, IVA e impuestos excluidos, señalando, además, su artículo 23.3 que los contratos menores no pueden tener una duración superior a un año ni ser objeto de prórroga.

Sin embargo, de los 45 conciertos adjudicados mediante contratación directa (asimilable a los contratos menores en el TRLCSP) y que generaron gasto en el ejercicio 2013, 17 conciertos (el 28,89% del total) de importe superior a 18.000 euros, que en conjunto ascendieron a 1.793.244 euros, fueron prorrogados tácita y anualmente, al menos, hasta el ejercicio 2013. Estos 17 conciertos presentan la siguiente situación:

- Tan solo un concierto, con un importe total de 764.899 euros formalizado en el ejercicio 2009, había sido objeto de licitación por el hospital.
- Un total de 10 conciertos, por importe conjunto de 708.460 euros, habían sido adjudicados directamente con anterioridad a la entrada en vigor de la LCSP (30 de abril de 2008), por lo que el gasto realizado en el ejercicio 2013, derivado de conciertos tan antiguos, pudiera no estar en consonancia con los principios de eficiencia y económica.

Debe destacarse que el hospital, a pesar de su prolongación en el tiempo, no ha sometido a licitación ninguno de estos conciertos, suscritos con anterioridad a la entrada en vigor de la LCSP, y por tanto adjudicados con menos garantías que las actualmente exigibles.

- Los 6 conciertos restantes, por importe conjunto de 319.885 euros, fueron adjudicados directamente, vulnerando los principios de la contratación pública, dado que en la fecha de su formalización aquella era de aplicación al hospital. Además, estos conciertos han sido prorrogados tácita y anualmente, al menos, hasta el ejercicio 2013.

B.- Plazo máximo de vigencia de los conciertos

La Orden TIN/2768/2009, de 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado CAS@ para la tramitación de las solicitudes de autorización y comunicaciones de los conciertos con medios privados para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a cargo de las mutuas, establecía como límite máximo de los conciertos de asistencia sanitaria el plazo de cuatro años, pudiendo prorrogarse tácitamente por períodos anuales hasta un máximo de seis años.

Posteriormente, el artículo 11 del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, señalaba que la vigencia de los conciertos no puede superar el período de dos años cuando la prestación de servicios se realice en centros hospitalarios, o de un año en el resto de supuestos, y podrán prorrogarse expresamente por igual periodo, por acuerdo de la Junta Directiva.

Los conciertos adjudicados por el hospital y que han generado gasto en el ejercicio 2013 presentan la siguiente clasificación, en función de la normativa aplicable en cada momento:

Cuadro n.º 44
NORMATIVA APLICABLE A LOS CONCIERTOS.
HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE.
Ejercicio 2013

(En euros)

PERIODOS	NORMATIVA	NÚMERO CONCIERTOS	%	IMPORTE	%
Anteriores al 30 de abril de 2008	Derecho privado	13	28,89	745.456	37,98
Desde el 1 de mayo de 2008 al 18 de octubre de 2009	LCSP	4	8,89	976.889	49,78
Desde el 19 de octubre de 2009 al 22 de noviembre de 2011	LCSP y Orden CAS@	4	8,89	63.532	3,24
A partir del 23 de noviembre de 2011	LCSP, TRLCSP y Real Decreto 1630/2011	3	6,67	40.595	2,07
N/D		21	46,66	136.038	6,93
TOTAL		45	100	1.962.510	100

Fuente: Información aportada por el hospital.

Como se deduce del cuadro anterior, de los 45 conciertos existentes a la entrada en vigor de la LCSP, 13 (que han generado gastos en 2013 por 745.456 euros) seguían vigentes en el ejercicio 2013, y que, a pesar del tiempo transcurrido, no habían sido sometidos a los principios de la contratación pública.

No obstante, teniendo en cuenta la antigüedad de estos conciertos (que se remontan a 1995) y el hecho de que la Secretaría de Estado de la Seguridad Social no fijara los términos y condiciones de la adecuación de aquellos a lo establecido en el Real Decreto 1630/2011, tal y como preveía su disposición final primera, estos conciertos, vigentes en el ejercicio 2013, han sido formalizados y prorrogados tácita y anualmente sin adecuarse a los requisitos de publicidad, concurrencia, transparencia y objetividad en cuanto a su tramitación y adjudicación aplicable a la contratación pública.

C.- Tarifas a tanto alzado

En la estipulación sexta del modelo de concierto de la Orden CAS@ se establece que la compensación económica que la mutua ha de satisfacer a la entidad concertada será la resultante de aplicar las tarifas por acto médico que se especifican en hoja anexa, y que estas se revisarán anualmente conforme al incremento del IPC del año anterior. Esta norma, aunque es aplicable a los conciertos formalizados a partir del 18 de octubre de 2009, debería haber sido tenida en cuenta para adaptar los conciertos formalizados hasta esa fecha y que seguían en vigor, en el ejercicio 2013.

En la fiscalización se han detectado dos conciertos en los que se fijan unas tarifas fijas y de devengo periódico, con independencia del número de asistencias sanitarias prestadas durante 2013, según se detalla a continuación:

- El anexo I del concierto suscrito con la persona física 30 el 5 de mayo de 2008 establece que *“la retribución pactada será de 27.500 euros brutos anuales distribuidos en doce mensualidades”*. Asimismo, independientemente de los mencionados 27.500 euros anuales se establecía una retribución variable por acto quirúrgico. De acuerdo con este concierto, en el ejercicio 2013 la facturación abonada por el hospital ascendió a 63.567 euros, con un importe fijo mensual de 2.292 euros y uno variable que osciló entre los 936 euros y los 4.958 euros.

- El concierto suscrito con la persona física 36 el 18 de abril de 2011 (cuando ya estaba en vigor la Orden CAS@) fijaba indebidamente unos honorarios mensuales de 1.900 euros. El importe facturado por este proveedor en 2013 ascendió a 24.700 euros (13 pagos de 1.900 euros).

Por tanto, en estos dos conciertos no quedó garantizado que los pagos efectuados por el hospital correspondieran realmente a servicios prestados. Además, la adjudicación de estos conciertos fue antieconómica para los fondos públicos, dado que el hospital siempre abonará una cantidad mínima aunque no se preste el servicio, mientras que si se sobrepasa el umbral establecido, el centro abona los excesos a los precios recogidos en el concierto.

La facturación por acto médico realizado resulta más acorde con los principios de economía y de buena gestión financiera que deben regir la gestión de los fondos públicos. En este sentido, la propia DGOSS, en contestación a una solicitud de autorización de conciertos a otra mutua, de fecha 29 de junio de 2007, señalaba lo siguiente: *“se observa que, como contraprestación económica por la asistencia sanitaria concertada, se establece una cantidad a tanto alzado que impide valorar correctamente el alcance económico del concierto con los datos disponibles. Por lo tanto, se requiere a esa mutua la remisión de un nuevo Anexo de Tarifas en el que consten, únicamente, las especialidades médicas concertadas y las tarifas aplicables a cada una de ellas y que, sería la forma de acreditar debidamente el coste económico unitaria de los servicios sanitarios debidamente dispensados”*.

D.- Imputación presupuestaria

Todos los gastos por asistencia sanitaria con medios ajenos imputados al presupuesto del hospital fueron aplicados al subconcepto 2582 *“Otros servicios de asistencia sanitaria”*, y ello a pesar de que la Resolución de 27 de junio de 2012, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se dictan instrucciones complementarias para la elaboración de los presupuestos para el ejercicio 2013, señala que en este subconcepto 2582, se deben incluir *“los (gastos) originados por aquellos servicios prestados por terceros que no cuenten con concierto previo”* y que no tengan el carácter de reintegros de asistencia sanitaria soportados por los beneficiarios.

Por tanto, al subconcepto 2582 deberían imputarse aquellos gastos derivados de asistencia sanitaria sin concierto que no tienen cabida en el resto de subconceptos presupuestarios específicos del artículo 25 (con carácter general, aquellos correspondientes a proveedores por urgencias médicas en los que no existe ningún concierto. Sin embargo, entre los 45 proveedores señalados anteriormente se han expedido 24 facturas, por importe total de 1.826.473 euros (el 93,07% de las obligaciones reconocidas) derivadas de conciertos formalizados por el hospital.

Teniendo en cuenta que esta facturación era recurrente, previsible y periódica, y que estaba amparada por los respectivos conciertos suscritos, no debió imputarse a este subconcepto sino, en su caso, al subconcepto 2525 *“Conciertos con entidades privadas”*.

En particular, hay que destacar el caso de la empresa 194. con la se suscribió un contrato de gestión de servicios públicos para la realización de técnicas de diagnóstico por imagen mediante equipos de resonancias nucleares magnéticas en el ejercicio 2009, cuyo gasto en el ejercicio 2013 ascendió a 764.899 euros, por lo que este gasto debió haberse aplicado específicamente a la partida 2543.1 *“Conciertos para resonancia nuclear magnética”*.

E.- Procedimiento de facturación

El procedimiento de facturación establecido por el hospital comienza con la generación mensual de una autofactura provisional basada en la actividad registrada en la aplicación médica del centro.

Una vez que los proveedores envían sus correspondientes facturas, se comparan con los datos que figuran en la mencionada autofactura y, además, el hospital comprueba si dicha prestación existe en la historia clínica del paciente. Tras esta comprobación, se genera la factura a pagar para cada mutua, por mes y por paciente protegido de cada mutua participante en la propiedad y gestión del hospital que haya sido atendido por un proveedor externo.

En relación con lo anterior, en la fiscalización se ha verificado que las facturas que se reciben de los distintos proveedores se introducen en el aplicativo contable del hospital de forma totalizada, sin que sea posible recuperar la información individualizada por paciente atendido, ni siquiera a través de la historia clínica. En consecuencia, la aplicación médica y la aplicación de facturación del hospital no están interrelacionadas entre sí, ni se intercambia información, por lo que no es posible identificar a los asegurados atendidos ni comprobar fehacientemente la facturación con sus episodios clínicos.

III. CONCLUSIONES

III.1. CONCLUSIONES GENERALES SOBRE EL CUMPLIMIENTO POR LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA NORMATIVA EN MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA CON MEDIOS AJENOS

- 1ª. El Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, que regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, no fue objeto de desarrollo ni por el Ministerio de Trabajo e Inmigración ni por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en el ámbito de sus respectivas competencias, lo que ha ocasionado que algunas Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social hayan seguido formalizando los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos aplicando la normativa específica anterior (en concreto la Orden TIN/2786/2009, de 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado Cas@, para la tramitación de las solicitudes de autorización y comunicaciones de los conciertos con medios privados) (Subepígrafe II.1.2.1).
- 2ª. Las mutuas fiscalizadas no habían cumplido, en la formalización de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos privados, vigentes durante el ejercicio 2013, todos los requisitos exigidos en el mencionado Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre. En particular, las condiciones que deben reunir las mutuas para poder formalizar estos conciertos, los requisitos exigidos a las entidades concertadas y las condiciones económicas de los conciertos, aun cuando dichas previsiones legales les eran plenamente aplicables (Subepígrafe II.1.2.1).
- 3ª. La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social no ha dado cumplimiento a las obligaciones establecidas en el Real Decreto 1630/2011, en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, al no verificar la consecución, por las mutuas, de los objetivos de eficacia y racionalización en la utilización de los recursos públicos y de calidad de la asistencia prestada perseguidos por dicha norma. En concreto:

- a) No había creado el registro de recursos sanitarios y recuperadores al que hace referencia el artículo 1.6 del Real Decreto 1630/2011, por lo que no dispone de la información completa necesaria para realizar un adecuado seguimiento y control de la oportunidad y conveniencia de que las mutuas formalicen conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos.
 - b) No había creado el registro de proveedores de asistencia sanitaria con medios ajenos privados al que se refiere el artículo 12.c) del citado Real Decreto 1630/2011, lo que impidió a las mutuas disponer de información completa y actualizada sobre todos los proveedores con los que podrían haber formalizado los correspondientes conciertos.
 - c) No había exigido a las mutuas, en relación con el trámite de comunicación de los conciertos formalizados con medios sanitarios y recuperadores privados, la acreditación documental del cumplimiento de las circunstancias señaladas en el artículo 11 del citado Real Decreto 1630/2011, ni tampoco la documentación probatoria del acuerdo de la Junta Directiva de la mutua justificativo de haber sido examinado el concierto y de haberse comprobado la concurrencia, en el centro sanitario, de las condiciones y requisitos estipulados, así como de la adecuación del concierto formalizado a la normativa contractual, tal y como prevé el artículo 14 del Real Decreto 1630/2011.
 - d) No disponía de información suficiente y adecuada sobre las instalaciones y establecimientos sanitarios propios de las mutuas que estaban infrautilizados, ya que ni estas habían comunicado la situación real de sus instalaciones y establecimientos sanitarios, con carácter general, ni tampoco dicha información había sido recabada por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, lo que impidió a esta la posibilidad de efectuar el pertinente control sobre los mismos.
 - e) No había creado el grupo de trabajo previsto en la disposición adicional tercera del Real Decreto 1630/2011, con objeto de estudiar la optimización de las instalaciones y establecimientos asistenciales y recuperadores de las mutuas, y de cuyos resultados debía dar cuenta, a través de la correspondiente propuesta, al Ministerio de Trabajo e Inmigración en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de dicho Real Decreto (Subepígrafe II.1.2.1).
- 4ª. La Secretaría de Estado de la Seguridad Social no había fijado los términos y condiciones para la adecuación al Real Decreto 1630/2011 de los conciertos de asistencia sanitaria con medios privados suscritos con anterioridad a su entrada en vigor, tal y como prevé su disposición final primera, lo que ha originado que estos conciertos hayan seguido operando con las cláusulas y condiciones con las que habían sido formalizados, sin haber sido adaptados a la normativa específica de concertación sanitaria; en particular en lo que respecta a los plazos máximos de vigencia de los conciertos y de sus prórrogas, a las tarifas aplicables y a los requisitos exigidos a las entidades concertadas (Subepígrafe II.1.2.1).
- 5ª. Las propias Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, como regla general, han hecho constar, en el expediente de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, que la entidad cumplía con los requisitos establecidos en la normativa aplicable, sin que se hayan realizado comprobaciones adicionales tendentes a verificar la efectividad del cumplimiento de dichos requisitos (Subepígrafe II.1.3.1).
- 6ª. En algunos conciertos de asistencia sanitaria suscritos por las mutuas con entidades privadas, en particular en los formalizados para efectuar el transporte sanitario de sus asegurados, se han convenido tarifas a tanto alzado, con independencia del número de servicios prestados, lo

que, además de resultar contrario a una gestión eficiente de los recursos públicos, vulnera lo establecido en la Orden TIN/2786/2009, de 14 de octubre (Subepígrafe II.1.3.1).

III.2. CONCLUSIONES SOBRE LAS ACTUACIONES DE COORDINACIÓN Y TUTELA ENCOMENDADAS A LA DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LAS MUTUAS EN MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA CON MEDIOS AJENOS

- 7ª. En la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social no existía ningún usuario tramitador registrado en el aplicativo informático CAS@, por lo que la información de que disponía en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos relativa a las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social se recibía directamente de la Gerencia de Informática de la Seguridad Social, unidad que tiene a su cargo la custodia, mantenimiento y salvaguarda de la base de datos. Esta información no fue analizada ni la citada Dirección General solicitó de las mutuas información adicional sobre dichos conciertos o copia de los mismos, a pesar de la escasa información que contiene el formulario correspondiente al proceso telemático normalizado CAS@ que deben cumplimentar las citadas mutuas y que implica su autorización automática (Subepígrafe II.1.3.1).
- 8ª. Las funciones de coordinación y tutela sobre la gestión de las mutuas en materia de conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, que la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social tiene legalmente encomendadas, se limitaban a la mera recepción por parte de este centro directivo de la información estadística procedente de aquéllas, que ni comprobaba ni analizaba, y que no abarcaba la correspondiente a los dos Centros Mancomunados. Por otra parte, aun cuando las mutuas hubieran remitido dicha información correctamente, no existía personal suficiente en la citada Dirección General para su revisión y análisis (Subepígrafe II.1.3.1).
- 9ª. De los 25 expedientes de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos remitidos por las mutuas y que debían ser autorizados por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, a 30 de octubre de 2014 solo tres habían sido resueltos por la citada Dirección General, con un tiempo medio de resolución de 476 días, debido, entre otros motivos, a la falta de personal, por lo que, dado el tiempo transcurrido, existe el riesgo de que las mutuas hayan formalizado y estén ejecutando el concierto provisionalmente, como si hubieran recibido tal autorización (Subepígrafe II.1.3.2).

III.3. CONCLUSIONES SOBRE EL SEGUIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN MIXTA Y DEL TRIBUNAL DE CUENTAS DERIVADAS DEL “INFORME DE FISCALIZACIÓN SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN DE LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL”

- 10ª. El Pleno del Tribunal de Cuentas, en sesión de 26 de marzo de 2009, aprobó el “*Informe de Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social*”, que tenía como ámbito de la fiscalización los procedimientos de contratación utilizados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social durante los ejercicios 2005 y 2006, cuando estas estaban excluidas del ámbito subjetivo de aplicación de la normativa pública de contratación.

En relación con lo anterior, el Gobierno dio cumplimiento formal a las recomendaciones del Tribunal de Cuentas y de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas mediante la aprobación del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, en el que se recogieron la mayor parte de las recomendaciones señaladas en el Informe aprobado por el Tribunal de Cuentas. Sin embargo, posteriormente no ha adoptado ninguna medida para el desarrollo del citado Real Decreto, por lo que esta norma ha devenido, en la práctica, ineficiente.

Respecto al mencionado Informe del Tribunal de Cuentas, la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas recomendó al Gobierno, además de lo indicado anteriormente, la adopción de algunas medidas, sobre cuyo nivel de cumplimiento hay que señalar lo siguiente:

- a) La recomendación relativa a la adopción de medidas para adecuar el régimen de incompatibilidades de los directivos de las mutuas a los principios inspiradores de la Ley de Regulación de Conflictos de Intereses de los Miembros del Gobierno y de los Altos Cargos de la Administración General del Estado, y de la Ley de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, ha sido cumplida normativamente con la aprobación del citado Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, pero no con la efectividad necesaria al no haber realizado las actuaciones imprescindibles para verificar que las mutuas cumplen los requisitos previstos en el citado Real Decreto.
- b) Respecto a la recomendación relativa a la falta de vinculación de los proveedores de asistencia sanitaria con las propias mutuas, su cumplimiento en la tramitación de los expedientes de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos quedó restringido, en el mejor de los casos, a la inclusión de una declaración firmada por el propio proveedor de servicios en la que se limita a señalar que no tiene ninguna vinculación con las mutuas, sin que estas hubieran realizado ulteriores comprobaciones con el fin de verificar dicha situación.
- c) La recomendación relativa a evaluar permanentemente la calidad de la información suministrada por las mutuas ha tenido un cumplimiento parcial, puesto que la información remitida a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos fue muy limitada y esta no realizó las actuaciones oportunas tendentes a comprobar la veracidad de la misma. Además, este centro directivo no disponía de personal suficiente para analizar y contrastar la calidad de la información recibida.
- d) La recomendación relativa a suscribir acuerdos con las Comunidades Autónomas que fomenten los mecanismos de cooperación entre éstas y las mutuas en materia de asistencia sanitaria concertada, aunque fue prevista por el Gobierno al aprobar el Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, en el que se da prioridad a la concertación de la asistencia sanitaria con las Administraciones públicas, no logró ser efectiva, ya que no se ha conseguido el objetivo de incrementar este tipo de acuerdos y convenios, puesto que en el ejercicio 2013 fueron minoritarios respecto a los conciertos suscritos con entidades privadas.
- e) La recomendación dirigida al Tribunal de Cuentas relativa a que incluyese en el próximo Programa de Fiscalizaciones una nueva fiscalización sobre las mutuas, a fin de verificar el grado de cumplimiento de las resoluciones y de las recomendaciones formuladas en su Informe, ha sido cumplida por este Tribunal, puesto que ha venido realizando el

seguimiento de la gestión realizada por las mutuas en la ejecución de los Programas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas de los ejercicios 2010 a 2014 (Epígrafe II.2.1).

11ª. Además de lo expuesto anteriormente, en el Informe del Tribunal de Cuentas se incluían diversas recomendaciones, respecto de cuyo cumplimiento hay que señalar lo siguiente:

- a) La recomendación relativa a la conveniencia de verificar que la contratación de las mutuas se adaptaba a lo dispuesto en la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, en concreto en lo relativo a la existencia de instrucciones en las que se regularan los procedimientos de contratación de cada mutua que fueran de obligado cumplimiento para ellas y en las que se garantizara la efectividad de los principios inspiradores de la citada Ley, ha sido cumplida de forma desigual por las distintas mutuas, ya que ni todas las fiscalizadas disponían de estas instrucciones preceptivas, ni dichas instrucciones estaban en todo caso actualizadas.

Además, existieron numerosos conciertos de asistencia sanitaria formalizados con medios ajenos en los que no quedó garantizado el cumplimiento de los principios públicos de contratación, recogidos en la citada Ley 30/2007, de 30 de octubre y posteriormente en el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

- b) La recomendación relativa a la conveniencia de reforzar el control sobre la gestión económico financiera de las mutuas no ha sido cumplida en el ámbito concreto de la asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, puesto que la actuación de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social se circunscribió a recibir de las mutuas información limitada e imprecisa sobre estos conciertos, sin realizar ningún control ni comprobación ulterior de los requisitos que la normativa específica de asistencia sanitaria exige para su formalización.
- c) La recomendación sobre la conveniencia de reforzar el control para evitar la disparidad de tarifas abonadas por las mutuas a los distintos proveedores de asistencia sanitaria, aun cuando tuvo su reflejo en el artículo 13 del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, fue incumplida en la práctica, puesto que la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social no realizó ninguna actuación tendente a verificar que las tarifas estuvieran ajustadas a los precios de mercado o que fuesen económicamente más ventajosas. Es más, en ningún expediente de concierto de asistencia sanitaria formalizados con medios ajenos se justificó este extremo (Epígrafe II.2.2).

III.4. CONCLUSIONES SOBRE LA FORMALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS POR LAS MUTUAS

III.4.1. CONCLUSIONES SOBRE FREMAP, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 61

12ª. FREMAP concertó con las Administraciones públicas, durante el ejercicio 2013, tan solo el 1,16% del total del gasto en concepto de asistencia sanitaria prestada con medios ajenos, mientras que el 0,49% correspondió a la asistencia prestada por otras mutuas, por lo que FREMAP dio prioridad a la prestación de servicios sanitarios y recuperadores con medios ajenos privados, a través de la ejecución de un total de 1.308 conciertos, lo que es contrario a lo previsto en el Real Decreto 1630/2011, de 24 de noviembre, que antepone la utilización de los recursos sanitarios públicos a los privados (Subepígrafe II.3.1.2).

13ª. FREMAP incumplió la legislación contractual aplicable a los conciertos de asistencia sanitaria formalizados con medios ajenos privados, ya que desde el 30 de abril de 2008, fecha en la que la aplicación de la normativa de contratación pública se extendió a las mutuas, y hasta el final del ejercicio 2013, todavía no había sometido ninguno de los conciertos de asistencia sanitaria formalizados con entidades privadas a los procedimientos de licitación previstos en el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, así como en las propias Instrucciones de contratación de la mutua. De estos conciertos cabe destacar 55, con un importe ejecutado superior a 50.000 euros y cuyas obligaciones reconocidas netas en el ejercicio 2013 alcanzaron un importe total de 6.867.417 euros (Subepígrafe II.3.1.2)

14ª. FREMAP no había sometido a un procedimiento de licitación ninguno de los 737 conciertos que estaban en vigor en el ejercicio 2013, suscritos con anterioridad al 30 de abril de 2008 y por tanto adjudicados sin las garantías y requisitos legales exigibles con posterioridad a dicha fecha, cuyas obligaciones reconocidas netas en el ejercicio 2013 alcanzaron un importe conjunto de 26.324.322 euros. Esta situación no se corresponde con una gestión eficiente y económica de los fondos públicos, ya que los servicios fueron adjudicados directamente y con independencia de su importe; se han venido renovando tácita y anualmente; y se han manteniendo en vigor durante un tiempo muy prolongado, en algún caso superior a los veinte años.

La falta de adecuación de dichos conciertos a las disposiciones del texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público y a las Instrucciones de contratación de FREMAP es especialmente significativa en los 207 conciertos de importe superior a los 50.000 euros, cuyas obligaciones reconocidas netas en el ejercicio 2013 alcanzaron los 22.046.679 euros (Subepígrafe II.3.1.2).

15ª. La única información aportada por FREMAP para justificar la insuficiencia de recursos sanitarios y recuperadores propios, exigida por la normativa como requisito previo para formalizar los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, fue una mera certificación global de la carencia de medios propios en relación con todos los conciertos formalizados, justificación que debería haberse realizado previa e individualmente para cada concierto suscrito, por lo que no puede admitirse dicho documento genérico como habilitación suficiente de FREMAP para formalizar estos (Subepígrafe II.3.1.2).

16ª. FREMAP ha mantenido conciertos de asistencia sanitaria con empresas que habían sido declaradas en concurso de acreedores, cuya facturación en el ejercicio 2013 era muy similar al volumen total que la empresa declara haber facturado en el citado ejercicio, e incluso en las que el importe facturado era idéntico al que la empresa había justificado en su declaración de solvencia, por lo que existe evidencia de que estas empresas tengan como único cliente a FREMAP, lo que supondría un incumplimiento del artículo 12.e) del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre (Subepígrafe II.3.1.2).

17ª. FREMAP pagó en el ejercicio 2013 un importe de 2.623.205 euros a 134 entidades privadas, con las que no mediaba concierto, por el traslado efectuado, principalmente en ambulancias, a trabajadores de las empresas asociadas a la mutua, contraviniendo no solo la normativa general en materia de contratación sino también la específica de concertación sanitaria, ya que tanto por su objeto como por el carácter programado y recurrente de los traslados efectuados por estas empresas y por su importe, estos servicios deberían haber sido objeto de concertación.

Asimismo, FREMAP abonó por el mismo concepto un importe de 1.964.680 euros a 15 entidades privadas con las que sí mediaba un concierto, aunque en su mayoría de fecha anterior a la entrada en vigor de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público (Subepígrafe II.3.1.2).

18ª. El procedimiento de facturación de FREMAP durante el ejercicio 2013 presentaba importantes debilidades, existiendo el riesgo de abono de prestaciones sanitarias para las que no se había emitido una solicitud de servicios externos, o el pago duplicado de facturas por un mismo acto médico y para una misma solicitud, dado que ni siquiera estaban codificadas, y por tanto no tenían asignado informáticamente un número que permitiera identificarlas con un acto médico en concreto.

Además, los facultativos de FREMAP no intervinieron en ningún momento en el proceso de control de la facturación, ni siquiera en los casos en que esta era muy elevada, siendo los gestores administrativos de FREMAP los únicos responsables del control y comprobación de la facturación, a pesar de que no disponen de los conocimientos sanitarios necesarios para efectuar la valoración de la adecuación del acto médico y, además, no quedaba constancia en la aplicación de facturación del visado del gestor administrativo (Subepígrafe II.3.1.2).

19ª. FREMAP abonó cantidades a tanto alzado, contraviniendo la Orden TIN/2786/2009, de 14 de octubre. Asimismo, formalizó conciertos con empresas que no disponían de recursos humanos y materiales suficientes para el desempeño de la actividad concertada. Por otra parte, efectuó pagos a una empresa que atendió a trabajadores en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes cuando no estaba previsto en el concierto (Subepígrafe II.3.1.2).

III.4.2. CONCLUSIONES SOBRE ASEPEYO, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 151

20ª. ASEPEYO destinó a la asistencia sanitaria prestada por las Administraciones públicas tan solo el 0,04% del gasto total del artículo 25 de su presupuesto y un 1,77% a la asistencia sanitaria prestada por otras mutuas, lo que denota que la mutua, en caso de no disponer de medios propios, recurre preferentemente a la prestación de servicios sanitarios y recuperadores con medios ajenos privados, lo que se tradujo en un total de 1.436 conciertos ejecutados en el ejercicio 2013, contraviniendo lo dispuesto en el Real Decreto 1630/2011, que antepone la utilización de los recursos sanitarios públicos a los privados (Subepígrafe II.3.2.2).

21ª. La información referente a los conciertos de asistencia sanitaria vigentes en el ejercicio 2013, extraída de la aplicación informática MÁXIMO utilizada por ASEPEYO para su gestión, no guardaba coherencia con la que sobre estos conciertos contenía la base de datos de facturas de asistencia sanitaria, existiendo diferencias en el código de los conciertos, en la aplicación presupuestaria y en el importe ejecutado de cada uno de aquellos. Además, en dicha aplicación informática existían hasta 1.022 tipos distintos de concierto, al no estar normalizado el campo de descripción de los mismos (Subepígrafe II.3.2.2).

22ª. ASEPEYO mantenía vigentes a 31 de diciembre de 2013 un total de 554 conciertos suscritos con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público y cuyo importe ejecutado durante dicho ejercicio fue superior incluso a los 100.000 euros en el 15,3% de ellos.

La vigencia después de un tiempo tan prolongado de estos conciertos adjudicados directamente a un proveedor, a través de su renovación tácita anual, resulta contraria al

principio de buena gestión, ya que es previsible que, de someterse a un nuevo procedimiento de concertación ajustado a los principios recogidos en el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, ASEPEYO obtendría ofertas económicas más ventajosas (Subepígrafe II.3.2.2).

23ª. ASEPEYO mantuvo en vigor durante el ejercicio 2013 un total de 82 conciertos, con un importe total de 442.007 euros, que habían sido adjudicados con posterioridad al 30 de abril de 2008, fecha de entrada en vigor de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, sin sujeción a los principios de la contratación pública, aun cuando le eran plenamente aplicables (Subepígrafe II.3.2.2).

24ª. Los conciertos formalizado por ASEPEYO en el período comprendido entre el 30 de abril de 2008 y el 28 de junio de 2013, fecha hasta la que estuvieron en vigor sus primeras Instrucciones de contratación de la mutua, estuvieron condicionados por la regulación que de los conciertos de importe inferior a 50.000 euros efectuaban dichas Instrucciones, confiriéndoles en todo caso la condición de contratos menores, aunque sin aplicar el límite de los 18.000 euros previsto por los artículos 122.3 de la Ley 30/2007 y 138.3 del Real Decreto Legislativo 3/2011, ni el límite temporal de un año y la imposibilidad de prórroga, establecido en el artículo 23.3 de ambos textos legales (Subepígrafe II.3.2.2).

Como consecuencia de lo anterior, entre los conciertos calificados por ASEPEYO como menores, existieron 57 cuyo importe individual facturado en el ejercicio 2013 superó los 18.000 euros, de los cuales 19 excedieron incluso de 50.000 euros, contraviniendo no solo la normativa general aplicable en materia de contratación pública sino también las propias Instrucciones de contratación de ASEPEYO (Subepígrafe II.3.2.2).

25ª. Los contratos menores suscritos por ASEPEYO desde 29 de junio de 2013, fecha de entrada en vigor de sus propias Instrucciones de contratación, fueron suscritos, con carácter general, por un período de cuatro años, prorrogables durante dos más, incumpliendo el plazo máximo de un año de duración de los contratos menores establecido en el artículo 23.3 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (Subepígrafe II.3.2.2).

26ª. Durante el ejercicio 2013, ASEPEYO mantuvo en vigor un total de 720 conciertos suscritos con anterioridad a 18 de octubre de 2009, fecha de entrada en vigor de la Orden TIN/2786/2009 de, 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado CAS@, que venían siendo prorrogados anualmente de forma tácita. Esta situación propició que ASEPEYO mantuviera en vigor dos conciertos suscritos en el año 1996, en virtud de los cuales se pagaban los servicios a cambio de una tarifa mensual fija, estimada a tanto alzado, situación contraria a la estipulación sexta del modelo de concierto recogido en la mencionada Orden TIN/2786/2009.

Cabe destacar que el 23% de los conciertos suscritos tras la entrada en vigor de la citada Orden TIN/2786/2009 seguían teniendo una duración inicial de un año, con prórroga tácita anual, contraviniendo la estipulación séptima del modelo de concierto de la misma, según la cual la prórroga anual de los conciertos se limita a dos años máximos y su duración total a seis.

De igual forma, ASEPEYO no aplicó las disposiciones del Real Decreto 1630/2011 en los conciertos que había suscrito desde el 23 de noviembre de 2011, fecha de su entrada en vigor, puesto que no tuvo en cuenta ni los nuevos plazos de duración de los conciertos ni los

requisitos previstos en los artículos 12 y 14 del citado Real Decreto, aun cuando le eran plenamente aplicables (Subepígrafe II.3.2.2).

27ª. ASEPEYO abonó durante el ejercicio 2013 un importe de 192.161 euros a un total de quince proveedores con los que no mediaba concierto, aun cuando el importe facturado por cada uno de ellos superó los 3.000 euros, importe mínimo a partir del cual su propia circular n.º P-022/07.2, de 2 de julio de 2007, sobre conciertos sanitarios, establece la necesidad de formalizar un concierto, destacando el pago efectuado a un solo proveedor por importe de 104.823 euros, muy superior al importe de 50.000 euros, límite a partir del que era obligatorio acudir a un procedimiento de licitación (Subepígrafe II.3.2.2).

III.4.3. CONCLUSIONES SOBRE IBERMUTUAMUR, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 274

28ª. IBERMUTUAMUR destinó a la asistencia sanitaria prestada por las Administraciones públicas tan solo el 0,2% del artículo 25 de su presupuesto, mientras que el 4,5% del gasto total de dicho artículo correspondió a la asistencia prestada por otras mutuas, porcentajes que denotan que IBERMUTUAMUR, en caso de no disponer de medios propios, recurre preferentemente a la prestación de servicios sanitarios y recuperadores con medios privados (962 conciertos con entidades físicas y jurídicas ejecutados en 2013), lo que es contrario a lo previsto en el Real Decreto 1630/2011, de 24 de noviembre, que antepone la utilización de los recursos sanitarios públicos a los privados (Subepígrafe II.3.3.2).

29ª. IBERMUTUAMUR no había sometido a licitación ninguno de los 138 conciertos (cuyas obligaciones reconocidas netas en 2013 alcanzaron un importe de 2.367.458 euros), que estaban en vigor en el ejercicio 2013, suscritos con anterioridad al 30 de abril de 2008, fecha de entrada en vigor de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, siendo aquellos adjudicados sin las garantías y requisitos legales exigibles en la actualidad. Esta situación no se corresponde con una gestión eficiente y económica, ya que fueron adjudicados directamente, con independencia de su importe, y se han manteniendo en vigor durante un tiempo muy prolongado, a través de su renovación tácita anual (Subepígrafe II.3.3.2).

30ª. IBERMUTUAMUR tenía 21 conciertos vigentes en el ejercicio 2013, suscritos con posterioridad al 30 de abril de 2008, fecha de entrada en vigor de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, que habían sido calificados como contratos menores y por tanto adjudicados de forma directa, sin aplicar el límite de los 18.000 euros previsto por la legislación contractual (artículos 122.3 de la citada Ley 30/2007 y 138.3 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público), ni el límite temporal de un año y la imposibilidad de prórroga establecido en el artículo 23.3 de ambos textos legales, que hubiera garantizado el cumplimiento de los principios de la contratación pública (Subepígrafe II.3.3.2).

31ª. IBERMUTUAMUR abonó en 2013 cantidades a tanto alzado, independientemente del número de asistencias sanitarias recibidas, contraviniendo la Orden TIN/2786/2009, por lo que no quedó garantizado que los pagos efectuados por esta mutua correspondieran realmente a la totalidad de los servicios prestados. Además, la adjudicación de estos conciertos fue antieconómica, ya que la mutua siempre pagará una cantidad mínima aunque no se preste el servicio, mientras que si se sobrepasa el umbral establecido en el concierto la mutua paga los excesos a los precios acordados (Subepígrafe II.3.3.2).

III.4.4. CONCLUSIONES SOBRE UMIVALE, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 15

- 32ª. UMIVALE destinó a la asistencia sanitaria prestada por las Administraciones públicas tan solo el 1,74%, del gasto total del artículo 25 de su presupuesto, lo que denota que UMIVALE, en caso de no disponer de medios propios, recurre preferentemente a la prestación de servicios sanitarios y recuperadores con medios privados (1.454 conciertos con entidades físicas y jurídicas ejecutados en el ejercicio 2013), lo que es contrario a lo previsto en el Real Decreto 1630/2011, de 24 de noviembre, que antepone la utilización de los recursos sanitarios públicos a los privados (Subepígrafe II.3.3.2).
- 33ª. UMIVALE abonó a 41 proveedores de asistencia sanitaria importes individuales superiores a 18.000 euros, todos ellos adjudicados directamente en el ejercicio 2013, por lo que se vulneró los principios de la contratación pública, dado que fueron suscritos con posterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (Subepígrafe II.3.5.2).
- 34ª. UMIVALE no había sometido a licitación ninguno de los 993 conciertos (cuyas obligaciones reconocidas netas en 2013 alcanzaron un importe de 4.629.746 euros) que estaban en vigor en el ejercicio 2013, suscritos con anterioridad al 30 de abril de 2008 y por tanto adjudicados sin las garantías y requisitos legales exigibles a partir de dicha fecha. Esta situación no se corresponde con una gestión eficiente y económica de los recursos públicos, ya que fueron adjudicados directamente con independencia de su importe; se han venido renovando tácita y anualmente; y se han manteniendo en vigor durante un tiempo muy prolongado en algún caso superior a los dieciséis años (Subepígrafe II.3.5.2).

III.4.5. CONCLUSIONES SOBRE MUTUA DE ACCIDENTES DE CANARIAS (MAC), MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 272

- 35ª. MAC abonó en el ejercicio 2013 los gastos de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos correspondiente a veinte conciertos por un total de 1.920.083 euros, que habían sido adjudicados directamente y cuyo importe individual superaba los 18.000 euros y que, además, había sido prorrogados tácita y anualmente al menos hasta el ejercicio 2013, de los cuales diez por importe de 1.311.119 euros, fueron adjudicados con anterioridad al 30 de abril de 2008, fecha de entrada en vigor de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, y los otros diez, por importe de 608.964 euros, fueron adjudicados en el ejercicio 2010 contraviniendo los principios de la contratación pública recogidos en la citada Ley 30/2007 (Subepígrafe II.3.4.2).
- 36ª. MAC abonó en 2013 un importe de 1.324.500 euros correspondientes a dieciocho conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos que habían sido formalizados con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector, y por tanto adjudicados sin las garantías y requisitos legales exigibles en dicha norma, situación que no se corresponde con una gestión eficiente y económica, ya que fueron adjudicados directamente, con independencia de su importe, y se han manteniendo en vigor durante un tiempo muy prolongado a través de su renovación tácita anual (Subepígrafe II.3.4.2).
- 37ª. MAC abonó 14 facturas a un proveedor de asistencia sanitaria durante el ejercicio 2013, todas ellas de un importe fijo de 2.352 euros mensuales, dado que en el concierto con este proveedor se estableció una cantidad a tanto alzado, contraviniendo la Orden TIN/2786/2009, de 14 de octubre, por lo que no quedó garantizado que los pagos efectuados por esta mutua correspondieran realmente a servicios prestados. Además, la adjudicación de este concierto

fue antieconómica, ya que la mutua siempre pagará una cantidad mínima aunque no se preste el servicio, mientras que si se sobrepasa el umbral establecido en el concierto la mutua paga los excesos a los precios acordados (Subepígrafe II.3.4.2).

III.4.6. CONCLUSIONES SOBRE EL HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE

- 38ª. El Hospital Intermutual de Levante no había sometido a licitación ninguno de los 13 conciertos (cuyas obligaciones reconocidas netas en 2013 alcanzaron un importe de 745.456 euros), que estaban en vigor en el ejercicio 2013, suscritos con anterioridad al 30 de abril de 2008 y por tanto adjudicados sin las garantías y requisitos legales exigibles en la normativa de contratación vigente a dicha fecha. Esta situación no se corresponde con una gestión eficiente y económica ya que fueron adjudicados directamente independientemente de su importe; se han venido renovando tácita y anualmente; y se han manteniendo en vigor durante un tiempo muy prolongado en algún caso superior a los catorce años (Subepígrafe II.3.6.2).
- 39ª. El Hospital Intermutual de Levante tenía suscritos seis conciertos con posterioridad a la entrada en vigor de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, que supusieron gastos en el ejercicio 2013 y presentaron importes superiores a 18.000 euros cada uno y que habían sido adjudicados directamente vulnerando los principios de la contratación pública. Además, estos conciertos habían sido prorrogados tácita y anualmente, al menos, hasta el ejercicio 2013 (Subepígrafe II.3.6.2).
- 40ª. El Hospital Intermutual de Levante abonó en el ejercicio 2013 los gastos derivados de dos conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos, en los que se establecieron cantidades a tanto alzado, independientemente del número de asistencias sanitarias prestadas, contraviniendo la Orden TIN/2786/2009, de 14 de octubre, por lo que no quedó garantizado que los pagos efectuados por este Hospital correspondieran realmente a la totalidad de los servicios prestados. Además, la adjudicación de este concierto fue antieconómica, ya que el citado Hospital siempre pagará una cantidad mínima aunque no se preste el servicio, mientras que si se sobrepasa el umbral establecido en el concierto el Hospital paga los excesos a los precios acordados (Subepígrafe II.3.6.2).
- 41ª. La aplicación médica y la de facturación del Hospital Intermutual de Levante no están interrelacionadas entre sí ni existe intercambio información en ellas, por lo que no es posible identificar a los asegurados atendidos ni comprobar fehacientemente la facturación derivada de los conciertos de asistencia sanitaria concertada con sus episodios clínicos (Subepígrafe II.3.6.2)

IV. RECOMENDACIONES

IV.1. DIRIGIDAS AL MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

El Ministerio de Empleo y Seguridad Social debería proceder al desarrollo del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, teniendo en cuenta que las recomendaciones del Tribunal de Cuentas y de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, detalladas a lo largo del presente Informe y plasmadas en el citado Real Decreto, se han mostrado ineficientes por falta de dicho desarrollo normativo.

IV.2. DIRIGIDAS A LA DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- 1ª. La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social debería reforzar las funciones de coordinación y tutela efectiva sobre las mutuas en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos, para subsanar las deficiencias puestas de manifiesto a lo largo del presente Informe.
- 2ª. La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social debería dictar las normas oportunas para que todos los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos que formalicen las mutuas establezcan tarifas en función de la utilización individualizada que se realice por los servicios prestados y que guarden relación con los precios de mercado en el área geográfica de influencia, cuyos extremos solo se podrán verificar eficientemente cuando la citada Dirección General cree el registro de los recursos sanitarios y de recuperación para la dispensación de las prestaciones encomendadas a las mutuas del que no disponía.
- 3ª. La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social debería realizar las actuaciones oportunas para que las mutuas aprueben o modifiquen las instrucciones internas que regulen el procedimiento para la formalización de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos adaptadas plenamente a la normativa de contratación pública, y que sean de obligado cumplimiento en el ámbito interno de las mismas.

IV.3. DIRIGIDAS A FREMAP, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 61

- 1ª. FREMAP debería fomentar la suscripción de convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias con el fin de que las prestaciones que precisen sus asegurados se efectúen prioritariamente con recursos sanitarios públicos.
- 2ª. FREMAP debería rescindir los actuales conciertos de asistencia sanitaria y formalizar otros nuevos, ajustados a las disposiciones del texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público y a sus instrucciones internas de contratación, con el fin de garantizar que su adjudicación, bajo la modalidad de contratos de gestión de servicios públicos, esté sometida a los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, confidencialidad, igualdad y no discriminación, recogidos en dicho texto legal.
- 3ª. FREMAP debería proceder a comprobar la certeza de los datos del volumen total de facturación declarada por las empresas con las que tiene formalizados sus conciertos de asistencia sanitaria, con el fin de verificar su solvencia financiera, comprobando que no es su único cliente y, además, para garantizar que no se trata de empresas que hubieran sido creadas expresamente para concertar con esta mutua.

- 4ª. FREMAP debería regularizar la situación que mantiene con las empresas proveedoras de transporte sanitario y proceder a su concertación bajo la modalidad de contrato de gestión de servicios públicos, sometiendo su adjudicación a los procedimientos que corresponda según su cuantía, de forma que queden garantizados los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, confidencialidad, igualdad y no discriminación y que el concierto es adjudicado al proveedor que presente la oferta más ventajosa.

IV.4. DIRIGIDAS A ASEPEYO, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 151

- 1ª. ASEPEYO debería fomentar la suscripción de convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias con el fin de que la prestación de asistencia que precisen sus asegurados se efectúe prioritariamente con recursos sanitarios públicos.
- 2ª. ASEPEYO debería adoptar las medidas oportunas para que la información que ofrece la aplicación informática MÁXIMO sobre los conciertos de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos guarde coherencia con la información disponible en la base de datos de facturación sobre la ejecución de dichos conciertos.

IV.5. DIRIGIDAS A IBERMUTUAMUR, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 274

- 1ª. IBERMUTUAMUR debería fomentar la suscripción de convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias con el fin de que la prestación de que precisen sus asegurados se efectúe prioritariamente con recursos sanitarios públicos.
- 2ª. IBERMUTUAMUR debería modificar el contenido de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos en los que se establecen una cantidad fija a tanto alzado, independientemente de los servicios realmente prestados por los proveedores, estableciendo el precio en función de estos servicios.

IV.6. DIRIGIDAS A UMIVALE, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 15

UMIVALE debería fomentar la suscripción de convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias con el fin de que la prestación de asistencia sanitaria y rehabilitadora que precisen sus asegurados se efectúe prioritariamente con recursos sanitarios públicos.

IV.7. DIRIGIDAS A MUTUA DE ACCIDENTES DE CANARIAS (MAC), MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO 272

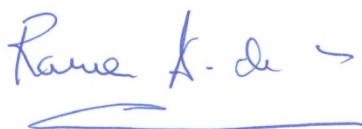
- 1ª. MAC debería fomentar la suscripción de convenios de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias con el fin de que la prestación de asistencia sanitaria y rehabilitadora que precisen sus asegurados se efectúe prioritariamente con recursos sanitarios públicos.
- 2ª. MAC debería modificar el contenido de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos en los que se establecen una cantidad fija a tanto alzado, independientemente de los servicios realmente prestados por los proveedores, estableciendo el precio en función de estos servicios.

IV.8. DIRIGIDAS AL HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE, CENTRO MANCOMUNADO DE MUTUAS

El Hospital Intermutual de Levante debería modificar el contenido de los conciertos de asistencia sanitaria con medios ajenos en los que se establecen una cantidad fija a tanto alzado, independientemente de los servicios realmente prestados por los proveedores, estableciendo el precio en función de estos servicios.

Madrid, 26 de noviembre de 2015

EL PRESIDENTE

A handwritten signature in blue ink, reading "Ramón A. de" followed by a flourish and a horizontal line.

Ramón Álvarez de Miranda García

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Nº	DESCRIPCIÓN	PÁG.
1	Total Gasto de Asistencia Sanitaria. Ejercicio 2013	137
2	Gasto de asistencia sanitaria con medios ajenos sin conciertos. Ejercicio 2013	138
3	Conciertos de mayor importe y trabajadores asegurados. Ejercicio 2013	139
4	Tipos de conciertos. Ejercicio 2013	140
5	Información presupuestaria e informes de control de gestión (ICGs)	141
6	Declaración de solvencia. FREMAP. Ejercicio 2013	142

Anexo 1
TOTAL GASTO DE ASISTENCIA SANITARIA.
Ejercicio 2013

(En euros)

MUTUAS	CONTINGENCIAS COMUNES		CONTINGENCIAS PROFESIONALES		TOTAL		
	Medios Propios 1	Medios Ajenos 2	Medios Propios 3	Medios Ajenos 4	Medios Propios 5=1+3	Medios Ajenos 6=2+4	TOTAL 7=5+6
Mutual Midat Cyclops	17.951.867	1.934.894	59.109.104	17.828.811	77.060.971	19.763.705	96.824.676
Mutualia	1.571.314	0	26.679.690	6.548.914	28.251.004	6.548.914	34.799.918
Activa Mutua	0	752.505	16.088.523	12.740.449	16.088.523	13.492.954	29.581.477
Montañesa	0	81.099	12.112.477	2.665.917	12.112.477	2.747.016	14.859.493
Mugenat	18.662.584	1.449.512	67.525.451	24.384.720	86.188.035	25.834.232	112.022.267
Maz	10.649.257	137.659	42.715.156	10.725.657	53.364.413	10.863.316	64.227.729
Umivale	2.699.334	1.391.726	6.471.008	10.012.944	9.170.342	11.404.670	20.575.012
Navarra	0	0	1.107.129	1.736.131	1.107.129	1.736.131	2.843.260
Intercomarcal	N/D	0	N/D	12.222.275	N/D	12.222.275	12.222.275
Fremap	28.552.163	4.095.492	114.302.804	49.540.681	142.854.967	53.636.173	196.491.140
Solimat	142.455	22.419	4.988.945	2.214.974	5.131.400	2.237.393	7.368.793
De Andalucía y Ceuta	1.417.924	209.831	5.118.953	1.275.826	6.536.877	1.485.657	8.022.534
Asepeyo	36.396.127	2.240.327	207.304.846	32.063.153	243.700.973	34.303.480	278.004.453
Balear	609.045	87.797	11.564.117	5.427.125	12.173.162	5.514.922	17.688.084
Gallega	972.222	245.334	6.041.045	9.836.213	7.013.267	10.081.547	17.094.814
Unión de Mutuas	3.934.411	199.636	17.080.544	2.077.326	21.014.955	2.276.962	23.291.917
Mac	0	0	5.835.731	4.093.386	5.835.731	4.093.386	9.929.117
Ibermutuamur	20.364.148	948.504	54.938.343	16.908.912	75.302.491	17.857.416	93.159.907
Fraternidad- Muprespa	19.502.001	0	54.856.039	27.980.920	74.358.040	27.980.920	102.338.960
Egarsat	2.636.956	552.880	12.038.932	10.141.316	14.675.888	10.694.196	25.370.084
TOTAL	166.061.808	14.349.615	725.878.837	260.425.650	891.940.645	274.775.265	1.166.715.910

Fuente: ICGs remitidos por las mutuas a requerimiento de la DGOSS y Cuentas anuales rendidas al Tribunal de Cuentas, ejercicio 2013.
(Los dos Centros Mancomunados no han remitido los ICGs)

Anexo 2
GASTO DE ASISTENCIA SANITARIA CON
MEDIOS AJENOS SIN CONCIERTOS. Ejercicio
2013

(En euros)

MUTUAS y CENTROS MANCOMUNADOS	TOTAL GASTOS ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA 1	GASTO SANITARIO SIN CONCIERTO 2	% Sobre el total $3 = \frac{2 \times 100}{90.737.559}$	% Sobre el gasto de cada Mutuas $4 = \frac{2 \times 100}{1}$
Mutual Midat Cyclops	19.763.705	5.925.726	7	30
Mutualia	6.548.914	234.848	0	4
Activa Mutua	13.492.954	3.179.247	4	24
Montañesa	2.747.016	1.119.460	1	41
Universal Mugenat	25.834.232	11.766.126	13	46
Maz	10.863.316	1.848.979	2	17
Umivale	11.404.670	5.650.270	6	50
Navarra	1.736.131	191.925	0	11
Mutua Intercomarcal	12.222.275	0	0	0
Fremap	53.636.173	19.493.850	22	36
Solimat	2.237.393	1.152.724	1	52
Mutua de Andalucía y Ceuta	1.485.657	403.716	0	27
Asepeyo	34.303.480	14.692.069	16	43
Balear	5.514.922	1.592.981	2	29
Gallega	10.081.547	4.324.093	5	43
Unión de Mutuas	2.276.962	63.277	0	3
Mac	4.093.386	813.336	1	20
Ibermutuamur	17.857.416	6.325.407	7	35
Fraternidad-Muprespa	27.980.920	6.904.781	8	25
Egarsat	10.694.196	3.091.978	3	29
Hospital Intermutual de Euskadi	1.132.279	0	0	0
Hospital Intermutual de Levante	1.962.766	1.962.766	2	100
TOTAL	277.870.310	90.737.559	100	33

Fuente: Cuentas anuales rendidas al Tribunal de Cuentas, ejercicio 2013

Anexo 3
CONCIERTOS DE MAYOR IMPORTE Y
TRABAJADORES ASEGURADOS. Ejercicio 2013

(En euros)

MUTUAS	EMPRESA CONCERTADA	COSTE DEL CONCIERTO 1	TRABAJADORES PROTEGIDOS 2	COSTE DEL CONCIERTO POR TRABAJADOR 3= 1/2
Mac	Empresa 195	936.371,62	120.737	7,76
Egarsat	Empresa 196	1.441.497,36	294.769	4,89
Gallega	Empresa 197	1.097.131,04	245.410	4,47
Mutualia	Empresa 198	1.544.150,26	345.194	4,47
Activa Mutua 2008	Empresa 199	1.378.924,94	436.153	3,16
Maz	Servicio Público de Salud 2	1.018.340,06	554.607	1,84
Universal Mugenat	Empresa 200	1.666.971,78	1.236.372	1,35
Universal Mugenat	Empresa 201	1.074.456,48	1.236.372	0,87
Asepeyo	Empresa 202	1.567.088,94	2.266.646	0,69
Universal Mugenat	Empresa 203	827.994,28	1.236.372	0,67
Fremap	Servicio Público de Salud 3	2.125.136,78	3.745.158	0,57
Asepeyo	Servicio Público de Salud 4	1.133.523,48	2.266.646	0,50
Asepeyo	Servicio Público de Salud 3	873.361,66	2.266.646	0,39
Fremap	Servicio Público de Salud 5	1.268.322,22	3.745.158	0,34
Asepeyo	Mutua	714.432,39	2.266.646	0,32
Fremap	Servicio Público de Salud 6	1.151.754,67	3.745.158	0,31
Fremap	Servicio Público de Salud 4	912.637,36	3.745.158	0,24
Fremap	Servicio Público de Salud 7	759.614,95	3.745.158	0,20
Fremap	Servicio Público de Salud 8	733.832,31	3.745.158	0,20
Fremap	Generalitat Valenciana	690.090,12	3.745.158	0,18

Fuente: ICGs remitidos por las mutuas a requerimiento de la DGOSS

Anexo 4
TIPOS DE CONCIERTOS. Ejercicio 2013

MUTUAS	Conciertos con Servicio Público Salud		Conciertos con Otras mutuas		Conciertos con Entidades Privadas		Conciertos con personas físicas en mutuas		Gasto Sanitario sin conciertos		Sin clasificar		TOTAL	
	Nº 1	Importe 2	Nº 3	Importe 4	Nº 5	Importe 6	Nº 7	Importe 8	Nº 9	Importe 10	Nº 11	Importe 12	Nº 13=1+3+5+7+9+11	Importe 14=2+4+6+8+10+12
Mutual Midat Cyclops			52	1.731.793	1.633	11.678.124			707	5.036.808	158	1.319.195	2.550	19.765.920
Mutualia	129	1.408.202	58	241.942	171	3.697.717			188	1.201.346			546	6.549.207
Activa Mutua			11	4.020	1.608	9.619.594			630	3.449.674	43	398.255	2.292	13.471.543
Montañesa			1	68	321	1.055.707			756	1.756.660			1.078	2.812.435
Universal Mugenat	615	5.636.117	20	308.223	540	11.884.735			1.237	8.055.593	9	6.229	2.421	25.890.897
Maz			106	255.267	1.090	4.688.723	93	935.194	1.799	4.933.404	54	59.013	3.142	10.871.601
Umivale	98	335.422.583	13	38.967	450	5.358.524			1.163	5.530.572	11	55.493	1.735	11.318.979
Navarra			8	37.117	97	1.045.683			99	653.116	2	216	206	1.736.132
Intercomarcal	155	320.963	43	303.021	1.718	9.492.937			689	1.261.312	142	564.711	2.747	11.942.944
Fremap			13	653.778	1.559	37.313.090			518	15.694.374			2.090	53.661.242
Solimat			7	208.747	106	877.283			190	1.152.508			303	2.238.538
Mutua de Andalucía y Ceuta			1	8.175	313	910.389							314	918.564
Asepeyo	1	32.960	47	2.147.434	1.663	18.590.534			436	13.965.065			2.147	34.735.993
Balear			1	1.161	467	3.919.938			293	1.594.983			761	5.516.082
Gallega	128	3.816.334	18	720.532	390	5.246.576			212	299.223			748	10.082.665
Unión de Mutuas			11	502.763	365	1.250.495	13	177.444	165	346.405			554	2.277.107
Mac			16	7.627	89	3.261.953			40	823.805			145	4.093.385
Ibermutuamur	26	27.467	200	820.827	1.428	10.440.357			626	6.411.708			2.280	17.700.359
Fraternidad-Muprespa	380	5.836.317			2.627	20.352.909			473	939.180			3.480	27.128.406
Egarsat			136	503.990	433	4.998.202			839	3.576.509	135	1.505.350	1.543	10.584.051
TOTAL	1.532	17.413.783	762	8.495.452	17.068	165.683.470	106	1.112.638	11.060	76.682.245	554	3.908.462	31.082	273.296.050

Fuente: ICGs elaborados por las mutuas.

Anexo 5
INFORMACIÓN PRESUPUESTARIA E INFORMES
DE CONTROL DE GESTIÓN (ICGs)
Ejercicio 2013

(En euros)

MUTUAS y CENTRO MANCOMUNADOS	Presupuesto de gastos 1	Informes de Control de gestión 2	Diferencia 3=1-2
Midat Cyclops	19.763.705	19.765.919	(2.214)
Mutualia	6.548.914	6.549.208	(294)
Activa Mutua	13.492.954	13.471.543	21.411
Montañesa	2.747.016	2.812.436	(65.420)
Universal Mugenat	25.834.232	25.890.896	(56.664)
Maz	10.863.316	10.871.601	(8.285)
Umivale	11.404.670	11.318.978	85.692
Navarra	1.736.131	1.736.131	0
Intercomarcal	12.222.275	11.942.943	279.332
Fremap	53.636.173	53.661.242	(25.069)
Solimat	2.237.393	2.238.538	(1.145)
Mutua de Andalucía y Ceuta	1.485.657	918.564	567.093
Asepeyo	34.303.480	34.735.994	(432.514)
Balear	5.514.922	5.516.083	(1.161)
Gallega	10.081.547	10.082.665	(1.118)
Unión de Mutuas	2.276.962	2.277.109	(147)
Mac	4.093.386	4.093.386	0
Ibermutuamur	17.857.416	17.700.359	157.057
Fraternidad-Muprespa	27.980.920	27.128.406	852.514
Egarsat	10.694.196	10.584.049	110.147
Hospital Intermutual de Euskadi	1.132.279	N/D	1.132.279
Hospital Intermutual de Levante	1.962.766	N/D	1.962.766
TOTAL	277.870.310	273.296.050	4.574.260

Fuente: Cuentas anuales rendidas al Tribunal de Cuentas, ejercicio 2013, e ICGs.

Anexo 6
DECLARACIÓN DE SOLVENCIA. FREMAP.
Ejercicio 2013

(En euros)

ENTIDAD CONCERTADA	FECHA DE FIRMA	VOLUMEN FACTURACIÓN	OBLIGACIONES	DIFERENCIA	% DIF /IMPORTE FACTURADO
Empresa 204	01/10/2004	429.414	429.464	-50	0
Empresa 205	01/11/2007	157.822	157.822	0	0
Empresa 206	01/04/2004	238.759	238.759	0	0
Empresa 207	01/10/2006	212.012	212.012	0	0
Empresa 208	01/10/1999	115.916	115.916	0	0
Empresa 209	25/01/2000	263.502	263.502	0	0
Empresa 210	15/04/2003	156.126	156.126	0	0
Persona física 48	15/12/2010	164.880	164.880	0	0
Empresa 211	09/11/2001	65.602	65.602	0	0
Persona física 49	01/01/2005	127.178	127.178	0	0
Persona física 50	28/03/2008	35.375	35.374	1	0
Empresa 212	02/05/2004	692.051	692.047	4	0
Empresa 213	01/06/2003	384.215	383.850	365	0
Empresa 214	21/05/2001	47.275	46.865	410	1
Empresa 215	10/04/2007	224.498	223.789	709	0
Empresa 216	03/11/2000	178.940	176.940	2.000	1
Empresa 217	01/09/2000	69.900	66.679	3.221	5
Empresa 218	06/07/1999	216.267	210.741	5.526	3
Empresa 219	01/06/2005	341.229	330.584	10.645	3
Empresa 220	30/12/1999	134.768	122.058	12.710	9
Empresa 221	01/07/2005	289.472	271.980	17.492	6
TOTAL		4.545.199	4.492.167	53.032	1

Fuente: Información de FREMAP