



# TRIBUNAL DE CUENTAS

Nº 1.297

**INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD  
ASISTENCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE  
GESTIÓN SANITARIA, EJERCICIO 2016**



**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 29 de noviembre de 2018, el **Informe de Fiscalización de la actividad asistencial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, ejercicio 2016**, y ha acordado su elevación a las Cortes Generales y al Gobierno, según lo prevenido en el artículo 28.4 de la Ley de Funcionamiento.



## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO FISCALIZADOR .....</b>	<b>11</b>
<b>I.2. ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL .....</b>	<b>11</b>
<b>I.3. MARCO NORMATIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>I.4. OBJETIVOS Y ALCANCE .....</b>	<b>13</b>
<b>I.5. RÉGIMEN JURÍDICO Y PRINCIPALES MAGNITUDES DERIVADAS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA.....</b>	<b>15</b>
<b>I.5.1. Organización y funciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria .....</b>	<b>15</b>
<b>I.5.2. Magnitudes más significativas del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria .....</b>	<b>16</b>
<b>I.5.3. Contenido de la actividad asistencial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria .....</b>	<b>17</b>
<b>I.6. TRÁMITE DE ALEGACIONES.....</b>	<b>19</b>
<b>II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>II.1. PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN Y CONTROL SOBRE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA.....</b>	<b>20</b>
<b>II.1.1. La actividad asistencial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.....</b>	<b>20</b>
<b>II.1.2. Contratos para la prestación de servicios de asistencia sanitaria suscritos por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.....</b>	<b>29</b>
<b>II.2. PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN, FACTURACIÓN Y REVISIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS .....</b>	<b>45</b>
<b>II.2.1. Las prestaciones farmacéuticas dispensadas a través de oficinas de farmacia.....</b>	<b>45</b>
<b>II.2.2. Las prestaciones farmacéuticas dispensadas por los Hospitales Universitario de Ceuta y Comarcal de Melilla.....</b>	<b>49</b>
<b>II.2.3. Aplicaciones informáticas para la gestión de la dispensación de los medicamentos .....</b>	<b>57</b>
<b>II.3. PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS SIN DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA Y OTRAS OBLIGADAS A SU PAGO.....</b>	<b>59</b>
<b>II.3.1. Consideraciones generales .....</b>	<b>59</b>
<b>II.3.2. Impacto económico de la actividad asistencial dispensada a extranjeros no residentes .....</b>	<b>60</b>
<b>II.3.3. Facturación de asistencia sanitaria dispensada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria .....</b>	<b>62</b>
<b>II.3.4. Facturación emitida por el Centro Nacional de Dosimetría y Protección Radiológica.....</b>	<b>69</b>
<b>II.4. TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA Y EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA.....</b>	<b>72</b>
<b>II.4.1. Consideraciones generales .....</b>	<b>72</b>
<b>II.4.2. Gestión de los residuos sanitarios de los Hospitales Universitario de Ceuta y Comarcal de Melilla .....</b>	<b>72</b>
<b>II.4.3. Deficiencias detectadas en la gestión de los residuos sanitarios en el Hospital Universitario de Ceuta y el Hospital Comarcal de Melilla .....</b>	<b>73</b>

II.5. CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO .....	76
II.6. CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY ORGÁNICA 3/2007, DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES .....	78
III. CONCLUSIONES .....	78
III.1. CONCLUSIONES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN Y CONTROL SOBRE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA.....	78
III.2. CONCLUSIONES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN, FACTURACIÓN Y REVISIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS .....	82
III.3. CONCLUSIONES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS SIN DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA Y OTRAS OBLIGADAS A SU PAGO .....	85
III.4. CONCLUSIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA Y EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA.....	88
III.5. CONCLUSIONES SOBRE LAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO.....	88
IV. RECOMENDACIONES .....	89
ANEXOS .....	91

## RELACIÓN DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

---

AEAT	Agencia Estatal de Administración Tributaria
CETI	Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes
CGCOF	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
CNDPR	Centro Nacional de Dosimetría y Protección Radiológica
COF	Colegios Oficiales de Farmacéuticos
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
PCAP	Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares
PET-TC	Tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada
PPT	Pliegos de Prescripciones Técnicas
SIFCO	Sistema de Información del Fondo de Cohesión
SNS	Sistema Nacional de Salud
TAC	Tomografía axial computarizada
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 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social





## RELACIÓN DE CUADROS

<b>CUADRO N.º 1</b>	OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS .....	16
<b>CUADRO N.º 2</b>	TIPOS DE CONTRATO Y PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN UTILIZADOS.....	17
<b>CUADRO N.º 3</b>	ASISTENCIAS PRESTADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA Y EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA .....	18
<b>CUADRO N.º 4</b>	ASISTENCIAS A MENORES NO ASEGURADOS EN EL ÁREA SANITARIA DE MELILLA .....	25
<b>CUADRO N.º 5</b>	COMPARACIÓN DE PRECIOS ENTRE CONTRATOS .....	32
<b>CUADRO N.º 6</b>	CONTRATOS ADJUDICADOS PARA PROCESOS DE NEUROCIRUGÍA DE ESPALDA .....	33
<b>CUADRO N.º 7</b>	CONTRATOS ADJUDICADOS PARA PRUEBAS E INFORMES DE ELECTROMIOGRAFÍAS.....	34
<b>CUADRO N.º 8</b>	CONTRATOS ADJUDICADOS PARA PROCESOS DE HEMODINÁMICA .....	34
<b>CUADRO N.º 9</b>	INCUMPLIMIENTOS DEL CONTRATO EN RELACIÓN CON LA REALIZACIÓN DE RESONANCIAS MAGNÉTICAS .....	38
<b>CUADRO N.º 10</b>	RIESGO DE EXCESO DE FACTURACIÓN EN RESONANCIAS MAGNÉTICAS .....	40
<b>CUADRO N.º 11</b>	INCUMPLIMIENTOS DEL CONTRATO EN RELACIÓN CON LA REALIZACIÓN DE TAC .....	42
<b>CUADRO N.º 12</b>	RIESGO DE EXCESO DE FACTURACIÓN EN TAC .....	43
<b>CUADRO N.º 13</b>	IMPORTES FACTURADOS EN RELACIÓN CON EL SERVICIO DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN .....	44
<b>CUADRO N.º 14</b>	LIQUIDACIÓN DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS.....	45
<b>CUADRO N.º 15</b>	FACTURACIÓN PRESENTADA POR LOS COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS .....	48
<b>CUADRO N.º 16</b>	ACUERDOS MARCO VIGENTES A 31 DE DICIEMBRE DE 2016 .....	50
<b>CUADRO N.º 17</b>	ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS POR LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN SANITARIA.....	50
<b>CUADRO N.º 18</b>	IMPORTE DE LOS CONTRASTES ENTREGADOS POR EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA A LOS PACIENTES.....	55
<b>CUADRO N.º 19</b>	EVOLUCIÓN DEL COSTE ECONÓMICO DE LAS ASISTENCIAS A EXTRANJEROS SIN COBERTURA POR EL SNS .....	61
<b>CUADRO N.º 20</b>	INGRESOS POR PRESTACIONES DISPENSADAS A USUARIOS CUYA ASISTENCIA SANITARIA NO ESTÁ A CARGO DEL INGESA .....	64

<b>CUADRO N.º 21</b>	IMPORTES DE LAS ASISTENCIAS PRESTADAS POR EL INGESA EN VIRTUD DE LOS REGLAMENTOS COMUNITARIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.....	67
<b>CUADRO N.º 22</b>	IMPORTE DE LAS DEUDAS PENDIENTES DE COBRO POR EL CNDPR....	70
<b>CUADRO N.º 23</b>	VOLUMEN DE RESIDUOS RECOGIDOS EN LAS ÁREAS SANITARIAS DE CEUTA Y MELILLA .....	75

## RELACIÓN DE GRÁFICOS

---

<b>GRÁFICO Nº. 1</b>	COMPARACIÓN DIVERSAS MAGNITUDES SISTEMA NACIONAL DE SALUD / ÁREAS SANITARIAS DE CEUTA Y MELILLA.....	23
----------------------	--	----



## I. INTRODUCCIÓN

### I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO FISCALIZADOR

El Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones atribuidas por el artículo 2.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas, y en cumplimiento del *Programa de Fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2017*, aprobado por su Pleno en sesión de 22 de diciembre de 2016, ha realizado, a iniciativa propia, la "*Fiscalización de la actividad asistencial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, ejercicio 2016*".

Posteriormente, en el ejercicio de las competencias que le atribuye el artículo 3.b) de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de funcionamiento del Tribunal de Cuentas, el Pleno de este Tribunal aprobó, en su sesión de 28 de septiembre de 2017, el inicio de esta fiscalización, aprobando asimismo las Directrices Técnicas de la misma en su sesión de 21 de diciembre de 2017. La circunstancia anterior motivó que la presente fiscalización se incorporara al *Programa de Fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2018*, aprobado por su Pleno en sesión de 21 de diciembre de 2017.

La actividad asistencial general del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) no ha sido objeto de fiscalización por el Tribunal de Cuentas, ni antes ni después de los últimos traspasos a las Comunidades Autónomas de las funciones y servicios del antiguo Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), los cuales tuvieron efectividad a partir de 1 de enero de 2002<sup>1</sup>. Únicamente se efectuaron fiscalizaciones sobre determinadas áreas, como el *Informe de Fiscalización sobre la gestión de las unidades de diagnóstico por imagen en el INSALUD*, aprobado por el Pleno el 24 de octubre de 1996, el *Informe de Fiscalización sobre el sistema de información de la gestión hospitalaria del INSALUD, con especial referencia al conjunto mínimo básico de datos (CMBD)*, aprobado por el Pleno el 19 de marzo de 1997, el *Informe de Fiscalización sobre la contratación celebrada o en vigor en 1999 y 2000 de las adquisiciones de medicamentos y productos farmacéuticos en una muestra de hospitales de titularidad pública del Sistema Nacional de Salud*, aprobado por el Pleno el 30 de abril de 2003, o el *Informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales*, aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 29 de marzo de 2012.

Junto a lo anterior, han motivado la realización de la presente actuación fiscalizadora los siguientes factores: el importe de las obligaciones reconocidas netas por el INGESA en su presupuesto; el número de personas atendidas, durante el ejercicio 2016, por el INGESA en los distintos centros de atención primaria y de atención especializada de las Ciudades Autónomas Ceuta y Melilla; y el volumen de ingresos obtenidos por el INGESA por los distintos conceptos a los que se refiere la Disposición adicional décima del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS).

### I.2. ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL

La fiscalización se refiere, en su ámbito subjetivo, al INGESA, Entidad Gestora de la Seguridad Social adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad<sup>2</sup>, a la que, de acuerdo con el artículo 66 del TRLGSS, le corresponde la administración y gestión de los servicios sanitarios.

Por su parte, el ámbito objetivo de la fiscalización está integrado por los servicios de asistencia sanitaria prestados por el INGESA, principalmente los correspondientes a atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestaciones farmacéuticas y ortoprotésicas, así como las prestaciones de transporte sanitario, todos ellos gestionados a través de las Direcciones

---

<sup>1</sup> En el Anexo nº 1 se relacionan los reales decretos de traspaso de funciones.

<sup>2</sup> Actualmente Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 355/2018, de 6 de junio, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales.

Territoriales del INGESA en Ceuta y Melilla, y la actividad desarrollada por el Centro Nacional de Dosimetría y Protección Radiológica (CNDPR).

En cuanto a su ámbito temporal, las actuaciones fiscalizadoras se han referido a las prestaciones otorgadas durante el ejercicio 2016 por los centros de Atención Primaria y Atención Especializada de las Direcciones Territoriales del INGESA en Ceuta y Melilla, y la actividad desarrollada por el CNDPR.

Sin perjuicio de lo anterior, se han analizado la información necesaria y los hechos anteriores y posteriores a dicho ejercicio cuando se ha considerado oportuno para el cumplimiento de los objetivos fijados en esta fiscalización.

### **I.3. MARCO NORMATIVO**

El marco legislativo aplicable a la actividad asistencial prestada por el INGESA durante el período fiscalizado ha estado constituido principalmente por las siguientes disposiciones:

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
3. Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.
4. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
5. 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<sup>3</sup>.
6. 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.
7. Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>4</sup>.
8. Real Decreto 1746/2003, de 19 de diciembre, por el que se regula la organización de los servicios periféricos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y la composición de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión.
9. Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
10. Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.
11. Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.
12. Real Decreto 343/2012, de 10 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Empleo y Seguridad Social<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Esta norma ha sido derogada por la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, que entró en vigor el 9 de marzo de 2018.

<sup>4</sup> Derogado por el Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

13. Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
14. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
15. Orden SSI/1075/2014, de 16 de junio, de declaración de medicamentos como bienes de contratación centralizada.
16. Orden SSI/1076/2014, de 16 de junio, de declaración de productos sanitarios como bienes de contratación centralizada.
17. Resolución de 19 de julio de 2013, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, sobre revisión de precios a aplicar por los centros sanitarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Ceuta y Melilla, por las asistencias prestadas en los supuestos cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como por los servicios prestados por el Centro Nacional de Dosimetría y por la reproducción de documentos de la biblioteca de la entidad gestora, modificada por la Resolución de 25 de enero de 2018.
18. Reglamento (CE) nº 883/2004, de 29 de abril de 2004, sobre coordinación de los sistemas de seguridad social, Reglamento (CE) nº 987/2009, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) nº 883/2004, y Reglamento (UE) nº 1231/2010, de 24 de noviembre de 2010, por el que se amplía la aplicación de los anteriores Reglamentos a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por los mismos.
19. Convenio sobre Seguridad Social entre España y el Reino de Marruecos, de 8 de noviembre de 1979, modificado por el Protocolo Adicional al Convenio, de 27 de enero de 1998, y Acuerdo administrativo y Protocolo Adicional al Convenio sobre Seguridad Social hispano-marroquí, de 8 de febrero de 1984.

#### **I.4. OBJETIVOS Y ALCANCE**

El Tribunal de Cuentas ha realizado una fiscalización operativa o de gestión y de cumplimiento, de acuerdo con la clasificación contenida en la norma 6, apartado de Normas Técnicas, de 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 de la gestión se consideran de implantación prioritaria para las entidades de la Seguridad Social.

De acuerdo con las Directrices Técnicas aprobadas por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 21 de diciembre de 2017, en la fiscalización se ha comprobado que la actividad asistencial prestada por el INGESA se ha realizado de acuerdo con las normas que son de aplicación y con los principios de eficiencia y economía. En particular, los objetivos de esta fiscalización han sido los siguientes:

---

<sup>5</sup> Este Real Decreto ha sido derogado por el Real Decreto 703/2017, de 7 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y se modifica el Real Decreto 424/2016, de 11 de noviembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, con efectos 8 de julio de 2017.

1. Analizar los procedimientos de gestión y control sobre la actividad asistencial desarrollada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria para verificar que los mismos se realizan conforme a la normativa vigente y a los principios de eficiencia y economía.
2. Verificar que los procedimientos de gestión, facturación y revisión de las prestaciones farmacéuticas, tanto las otorgadas mediante recetas médicas como las dispensadas en los centros hospitalarios, son acordes a la normativa vigente y a los principios de eficiencia y economía.
3. Analizar, desde la perspectiva del cumplimiento de los principios de legalidad y buena gestión, los procedimientos de facturación del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a las personas sin derecho a la asistencia sanitaria y otras obligadas a su pago.
4. Verificar el correcto tratamiento de los residuos generados en el Hospital Universitario de Ceuta y en el Hospital Comarcal de Melilla, de acuerdo con la normativa vigente en materia de sostenibilidad ambiental.

Asimismo, en las Directrices Técnicas se estableció que se abordarían las cuestiones relacionadas con el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en el supuesto de que tuvieran relación con los objetivos de la fiscalización, circunstancia que como se indica posteriormente en el presente informe, no ha tenido lugar. Y la misma previsión se contempló en relación con las cuestiones recogidas en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, las cuales, también como se indica posteriormente, han sido abordadas.

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 actividad asistencial prestada por el INGESA.

La obtención de los datos, así como las comprobaciones y verificaciones, se han realizado en los Servicios Centrales del INGESA en Madrid, en los diferentes servicios del Hospital Universitario de Ceuta y del Hospital Comarcal de Melilla (urgencias, admisión, consultas externas, entre otros), y en los centros de salud y consultorios, a través de la revisión de la documentación correspondiente (fundamentalmente, análisis de bases de datos, manuales de procedimiento, conciertos y contratos, expedientes, recetas médicas e inventario de bienes), y a través de la realización de entrevistas con los responsables de las principales áreas relacionadas con los objetivos de la fiscalización.

También se han realizado trabajos de fiscalización en la sede del CNDPR, situada en Valencia.

El INGESA ha rendido a este Tribunal las cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2016 en el plazo legalmente establecido. Asimismo, ha prestado su colaboración con el Tribunal de Cuentas en el desarrollo de la fiscalización.

La presente fiscalización se ha realizado de acuerdo con las ya mencionadas Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, aprobadas por su Pleno en sesión de 23 de diciembre de 2013, y en congruencia con los Principios Fundamentales de la Fiscalización Operativa de las Instituciones de Control Externo (ISSAI-ES-300), y con el Manual de Fiscalización Operativa o de Gestión, aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 30 de abril de 2015.



## **I.5. RÉGIMEN JURÍDICO Y PRINCIPALES MAGNITUDES DERIVADAS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA**

### **I.5.1. Organización y funciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria**

Una vez culminado el proceso de traspaso de las funciones y servicios del INSALUD a todas las Comunidades Autónomas, el Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, dispuso en su artículo 15 que el INSALUD pasara a denominarse INGESA, conservando el régimen jurídico, económico, presupuestario y patrimonial y la misma personalidad jurídica y naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social.

En virtud de lo dispuesto en el precitado Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, al INGESA le corresponden la gestión de los derechos y obligaciones del extinto INSALUD, las prestaciones sanitarias en el ámbito de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla y la realización de otras actividades necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La Presidencia del INGESA le corresponde a la Secretaría General de Sanidad y Consumo, teniendo encomendada la Dirección del INGESA, con nivel orgánico de Subdirección General, la dirección y gestión ordinaria del Instituto, así como el ejercicio de las facultades atribuidas a los Directores de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.

La estructura periférica del INGESA se crea por el Real Decreto 1746/2003, de 19 de diciembre, por el que se regula la organización de los servicios periféricos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y la composición de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión, estando compuesta por dos Direcciones Territoriales y dos Gerencias de Atención Sanitaria en las Ciudades Autónomas de Ceuta y de Melilla, que dependen orgánicamente de su respectiva Dirección Territorial, y funcionalmente de los Servicios Centrales del INGESA, encargándose de la gestión de los servicios sanitarios prestados en los centros de Atención Primaria y de Atención Especializada en ambas Ciudades Autónomas.

En lo que atañe al control y vigilancia de la gestión del INGESA, la misma se lleva a cabo por el Consejo de Participación<sup>6</sup> y por las Comisiones Ejecutivas Territoriales<sup>7</sup>, también de acuerdo con lo previsto en el citado Real Decreto 1746/2003, de 19 de diciembre. Asimismo, el CNDPR está adscrito al INGESA.

Por otra parte, de conformidad con lo establecido en el artículo 10.4 del Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, el INGESA se adscribe al citado Ministerio a través de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> El Consejo de Participación es el órgano a través del cual se realiza la participación de los usuarios y consumidores, trabajadores, empresarios y Administraciones Públicas en el control y vigilancia de la gestión del INGESA. Está integrado por seis representantes de las organizaciones sindicales; seis de las organizaciones empresariales; un representante de las organizaciones de consumidores y usuarios, designado por el Consejo de Consumidores y Usuarios y seis en representación de las Administraciones Públicas. El Presidente del Consejo de Participación es el Presidente del INGESA.

<sup>7</sup> Las Comisiones Ejecutivas Territoriales son los órganos a través de los cuales se realiza la participación de los usuarios y consumidores, trabajadores, empresarios y Administraciones Públicas en el control y vigilancia de la gestión en el ámbito de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Están integradas por tres vocales en representación de las organizaciones sindicales, tres de las organizaciones empresariales, un representante de las organizaciones de consumidores y usuarios y tres en representación de las Administraciones Públicas. El Presidente es el respectivo Director Territorial de cada Ciudad Autónoma.

<sup>8</sup> El artículo 9.4 del Real Decreto 485/2017, de 12 de mayo, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se refiere a la adscripción del INGESA en los mismos términos.

### I.5.2. Magnitudes más significativas del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

El importe de las obligaciones reconocidas netas del presupuesto del INGESA correspondientes a los ejercicios 2015 y 2016 aparece reflejado en el cuadro siguiente:

**CUADRO N.º 1**  
**OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS**  
**Ejercicios 2015 Y 2016**  
**(Euros)**

Capítulos	Ejercicio 2015		Ejercicio 2016		Variación
	Importe	%	Importe	%	%
GASTOS DE PERSONAL	125.864.906,05	52,77	131.784.437,24	55,63	4,70
GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS	70.637.469,65	29,61	63.008.126,64	26,59	-10,80
GASTOS FINANCIEROS	5.149,50	0,00	259,87	0,00	-94,95
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	35.795.580,30	15,01	36.430.776,97	15,38	1,77
INVERSIONES REALES	6.041.961,68	2,53	5.488.597,62	2,32	-9,16
ACTIVOS FINANCIEROS	182.053,30	0,08	193.327,25	0,08	6,19
<b>TOTAL</b>	<b>238.527.120,48</b>	<b>100,00</b>	<b>236.905.525,59</b>	<b>100,00</b>	<b>-0,68</b>

Fuente: Cuentas anuales rendidas por el INGESA al Tribunal.

Como se desprende del cuadro anterior, el 55,63% de las obligaciones reconocidas netas en el ejercicio 2016 correspondió a los gastos de personal del INGESA. El siguiente capítulo presupuestario por orden de importancia relativa es el correspondiente a gastos corrientes en bienes y servicios (26,60% del total durante el ejercicio 2016), dentro del cual destaca la partida correspondiente a las prestaciones farmacéuticas dispensadas por el Hospital Universitario de Ceuta y el Hospital Comarcal de Melilla (26,43% del capítulo), mientras que los gastos derivados de los conciertos en materia sanitaria formalizados por el INGESA supusieron el 17,53% del mismo. Por último, destacan las transferencias corrientes (15,38% del total de obligaciones reconocidas durante 2016), la mayoría de las cuales corresponde a gastos de farmacia derivados de la expedición de recetas médicas a los beneficiarios del sistema de Seguridad Social (representaron el 79,20% de las obligaciones imputadas al Capítulo IV).

El cuadro siguiente incluye los tipos de contratos y procedimientos relativos a las adjudicaciones efectuadas por el INGESA durante el ejercicio 2016:

**CUADRO N.º 2**  
**TIPOS DE CONTRATO Y PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACIÓN UTILIZADOS**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

Tipo de contrato	Procedimiento Abierto	Procedimiento Negociado	Adjudicación Directa	Otros Procedimientos de Adjudicación	TOTAL	%
OBRAS	0,00	0,00	659.545,12	0,00	659.545,12	5,47
SUMINISTRO	2.818.941,43	355.375,17	1.019.577,68	2.876.363,00	7.070.257,28	58,63
GESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS	0,00	0,00	1.760,00	0,00	1.760,00	0,01
SERVICIOS	1.660.034,97	598.347,88	2.058.976,39	0,00	4.317.359,24	35,80
OTROS	0,00	0,00	10.802,41	0,00	10.802,41	0,09
<b>TOTAL</b>	<b>4.478.976,40</b>	<b>953.723,05</b>	<b>3.750.661,60</b>	<b>2.876.363,00</b>	<b>12.059.724,05</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuentas anuales rendidas por el INGESA al Tribunal.

Como se desprende del cuadro anterior, los contratos adjudicados mediante procedimiento abierto representaron el 37,14% del importe total, siguiéndole por orden de importancia los contratos menores (31,10%), y los contratos suscritos en virtud de Acuerdos Marco (23,85%) para la adquisición de medicamentos y productos sanitarios (corresponden únicamente a la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla). En último lugar, los contratos adjudicados por procedimiento negociado suponen el 7,91% del importe total.

Atendiendo al tipo de contrato, el 58,63% corresponde a contratos de suministro, el 35,80% a contratos de servicios, y el 5,47% a contratos de obras.

### I.5.3. Contenido de la actividad asistencial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

#### I.5.3.1. ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Según se desprende de la Memoria de gestión del INGESA, la población protegida en el año 2016 en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla en Atención Primaria ascendió a 147.704 personas, de las que 76.121 personas correspondían a la Ciudad Autónoma de Ceuta y 71.583 personas a la Ciudad Autónoma Melilla.

A finales del ejercicio 2016 se encontraban en funcionamiento siete centros de salud (tres en la Ciudad Autónoma de Ceuta y cuatro en la Ciudad Autónoma de Melilla) y un consultorio en la Ciudad Autónoma de Ceuta, así como otras diez unidades de apoyo (cinco en cada una de las dos Ciudades Autónomas) y seis dispositivos de atención de urgencias-emergencias (tres en cada una de las dos ciudades), además del servicio de urgencias 061 para atención a la población protegida.

El número de consultas en los servicios de atención primaria ascendió en el ejercicio 2016 a 1.083.321. Adicionalmente, se efectuaron 123.830 atenciones en las unidades de apoyo<sup>9</sup>, 64.462 actuaciones de los servicios de urgencias-emergencias y 37.030 llamadas al servicio de urgencias 061, de las que un 65,41% fueron llamadas de demanda asistencial.

En el Área de atención especializada, la población de referencia utilizada por el INGESA en el ejercicio 2016 procedía de la revisión del padrón municipal a 1 de enero de 2015, lo que supuso un

<sup>9</sup> No se han tenido en cuenta los datos correspondientes a consultas efectuadas en los Servicios de Atención a la Mujer.

total de 84.263 personas en la Ciudad Autónoma de Ceuta y 85.584 personas en la Ciudad Autónoma de Melilla.

El Hospital Universitario de Ceuta y el Hospital Comarcal de Melilla dependen de las correspondientes Gerencias de Atención Sanitaria, con sus carteras de servicios de especialidades médicas.

Los resultados más significativos de la actividad asistencial desarrollada por los dos centros hospitalarios se detallan en el siguiente cuadro:

**CUADRO N.º 3**  
**ASISTENCIAS PRESTADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA Y EN EL**  
**HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA**  
**Ejercicio 2016**

Tipo actividad	Ceuta	Melilla	Total
INGRESOS TOTALES	7.146	7.830	14.976
<i>INGRESOS EXTRANJEROS</i>	<i>245</i>	<i>2.710</i>	<i>2.955</i>
ESTANCIAS	36.657	43.766	80.423
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	3.411	3.581	6.992
PROCEDIMIENTOS FUERA DE QUIRÓFANO	880	2.215	3.095
CONSULTAS	102.954	104.547	207.501
PARTOS	1.479	2.946	4.425
<i>PARTOS EXTRANJEROS</i>	<i>417</i>	<i>1.772</i>	<i>2.189</i>
URGENCIAS	71.807	63.785	135.592
<i>URGENCIAS EXTRANJEROS</i>	<i>4.252</i>	<i>11.459</i>	<i>15.711</i>

Fuente: Memoria de gestión del INGESA del ejercicio 2016 y Sistema de Información de Atención Especializada del INGESA

La asistencia sanitaria prestada a extranjeros se refiere a la población no registrada ni autorizada como residente en España.

#### 1.5.3.2. CONCIERTOS SUSCRITOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA<sup>10</sup>

El INGESA tiene concertada la realización de distintas pruebas médicas y servicios de transporte sanitario con medios externos, bien por no contar con medios propios suficientes para ello, o bien por la propia naturaleza de las pruebas y servicios a realizar.

En el ejercicio 2016 se concertaron 17 medios de transporte sanitario (once en la Ciudad Autónoma de Ceuta y seis en la Ciudad Autónoma de Melilla), cuyo objeto es el traslado de pacientes (seis vehículos colectivos, cinco ambulancias asistenciales, cuatro ambulancias no asistenciales, un helicóptero sanitario y un avión ambulancia).

El INGESA también formalizó conciertos correspondientes a la prestación de catorce servicios de medios diagnósticos y terapéuticos (en ocasiones un mismo concierto incluía varios servicios) en ambas Ciudades Autónomas, que estuvieron vigentes durante el ejercicio 2016.

El importe imputado al presupuesto de gastos del ejercicio 2016 correspondiente a conciertos ascendió a 11.756.317,84 euros, de los que 11.042.858,94 euros se imputaron al artículo 25

<sup>10</sup> Los datos de este subepígrafe han sido obtenidos de la Memoria de gestión y de las Cuentas Anuales del INGESA del ejercicio 2016.

“Asistencia sanitaria con medios ajenos” y 713.458,90 euros al artículo 22 “Material, suministros y otros”.

### I.5.3.3. PRESTACIONES FARMACÉUTICAS

Las prestaciones farmacéuticas financiadas por el INGESA son, fundamentalmente, de dos tipos:

1. Las dispensadas por las distintas oficinas de farmacia, a través de recetas médicas, con la colaboración de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de ambas Ciudades Autónomas.
2. Las dispensadas por los servicios de farmacia del Hospital Universitario de Ceuta y del Hospital Comarcal de Melilla, a pacientes ingresados y a pacientes ambulatorios para las que no se necesita receta médica, así como las realizadas a pacientes externos donde el médico especialista prescribe la medicación a través de la receta denominada de uso hospitalario u orden de dispensación, obteniendo en todos los casos la medicación en el propio centro hospitalario.

Las obligaciones reconocidas netas imputadas al concepto presupuestario 489 “Farmacia” ascendieron a 29.880.466,04 euros, suponiendo las obligaciones reconocidas correspondientes al gasto por receta médica dispensada en las oficinas de farmacia un total de 28.854.602,75 euros. Por su parte, el gasto por farmacia hospitalaria imputado al Capítulo II del presupuesto de gastos fue de 16.655.383,62 euros.

La implantación de la receta electrónica en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla representó el 75,40% del total de envases dispensados en el ejercicio 2016 (1.729.455 envases), mientras que el resto de envases fueron prescritos en formato papel (564.389 envases, un 24,60% del total)<sup>11</sup>.

### I.5.3.4. CENTRO NACIONAL DE DOSIMETRÍA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

El CNDPR tiene encomendada la lectura y control dosimétrico mensual de los trabajadores profesionalmente expuestos a las radiaciones ionizantes del Sistema Nacional de Salud (SNS). Como Unidad Técnica de Protección Radiológica, actúa en las instalaciones de radiodiagnóstico de los centros sanitarios del INGESA existentes en Ceuta y Melilla y en los centros sanitarios dependientes del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Asimismo, dispone de un laboratorio secundario de metrología de radiaciones ionizantes para la calibración de equipos de medida de instalaciones radiológicas convencionales e irradiación de dosímetros en energías de radiografía convencional y mamografía.

En relación a las actuaciones realizadas en el 2016, destaca el número de historias dosimétricas existentes, que ascendió a 248.815, y el número de pruebas realizadas en el laboratorio de Metrología, que fueron 1.145<sup>12</sup>.

## I.6. 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 30 de agosto de 2018, a los actuales titulares de la Secretaría General de Sanidad y Consumo y de la Dirección del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, así como a quienes fueron titulares de los mismos durante parte del periodo fiscalizado, para que pudiesen efectuar cuantas alegaciones estimasen pertinentes y para que presentasen los documentos y justificantes que considerasen convenientes.

<sup>11</sup> Fuente: Memoria de gestión del INGESA del ejercicio 2016.

<sup>12</sup> Fuente: Memoria de gestión del INGESA del ejercicio 2016.

En el plazo otorgado se han recibido alegaciones del Secretario General de Sanidad y Consumo y del Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, mientras que el ex-Secretario General de Sanidad y Consumo ha remitido un escrito en el que señala que no formula alegaciones.

A la vista de las alegaciones, este Tribunal de Cuentas ha efectuado las oportunas modificaciones en el texto del Informe y, en los casos en que se ha estimado necesario plantear algunas consideraciones respecto al contenido de las alegaciones, estas se han reflejado mediante notas a pie de página.

Por último, debe indicarse que no se formulan observaciones o comentarios sobre las alegaciones que constituyen meras explicaciones en relación con el contenido del Anteproyecto de Informe y que, por tanto, no implican oposición al mismo, siendo el resultado definitivo de la fiscalización el expresado en los posteriores apartados de este Informe.

En cumplimiento del precitado artículo 44 de la Ley 7/1988, todas las alegaciones formuladas se adjuntan al presente Informe de fiscalización.

## **II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN**

### **II.1. PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN Y CONTROL SOBRE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA**

#### **II.1.1. La actividad asistencial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria**

##### **II.1.1.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL PRESTADA POR EL INGESA**

Según se desprende de la información estadística y de gestión aportada por el INGESA, la principal problemática en su actividad asistencial es el impacto derivado de la atención sanitaria prestada a población extranjera carente del derecho a la protección de salud. Esta situación tiene su origen en la elevada demanda asistencial efectuada por la numerosa población “*flotante*” existente en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, como consecuencia del carácter fronterizo de ambas Ciudades.

Este hecho adquiere mayor relevancia debido a que la frontera entre España y el Reino de Marruecos es la que mayor desnivel económico presentaba en todo el mundo en el año 2016 (el PIB per cápita de España es ocho veces superior al del Reino de Marruecos)<sup>13</sup>.

Así, España y el Reino de Marruecos tienen entre sí una desigualdad económica superior a la existente, a modo de ejemplo, entre los Estados Unidos de América y México, o entre Italia y Albania, tal y como se refleja en el Anexo nº 2.

El acceso a la sanidad pública en España, tras las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se vincula al reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario, que corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Fuente: Fondo Monetario Internacional (estadísticas).

<sup>14</sup> Desde el 31 de julio de 2018 rige el artículo 3 bis.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su redacción dada por el artículo primero.Dos del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, según la cual “*El reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración de las entidades y administraciones públicas imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refiere el artículo 3.2, en la forma en que se determine reglamentariamente*”, debiendo tenerse en cuenta que, de acuerdo con la Disposición transitoria segunda del citado Real Decreto-ley 7/2018, “*En tanto que no entre en vigor el reglamento previsto en el artículo 3 bis.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, se mantendrán los procedimientos vigentes y las bases de datos existentes antes de la entrada en vigor de*

Así, durante el ejercicio fiscalizado, el reconocimiento del derecho precisaba de un título jurídico, obtenido bien mediante la previa vinculación con el sistema de Seguridad Social (trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta; pensionista del sistema de la Seguridad Social; perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social; o bien haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo) o bien mediante el reconocimiento expreso a determinados colectivos (beneficiarios de un asegurado; españoles o nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España, y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, siempre que no superen el límite de ingresos determinado reglamentariamente; y personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario y que abonen la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial)<sup>15</sup>.

De acuerdo con lo anterior, por tanto, en 2016 quedaban excluidos de este derecho los extranjeros sin residencia legal en España (población extranjera en situación irregular), con las únicas salvedades de los “*supuestos especiales*” legalmente reconocidos. Y es en estas excepciones recogidas en el artículo 1 del citado Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, que añadió el artículo 3.ter<sup>16</sup> a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, donde se detecta esta problemática para el INGESA. Concretamente, estas excepciones permiten a extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España el acceso a la asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

1. De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
2. De asistencia al embarazo, parto y postparto.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

A causa de lo anterior, la población atendida en los centros sanitarios del INGESA es aquella que tiene derecho de acuerdo a la norma general, pero también debe considerarse como usuaria “*potencial*” a la población transeúnte y no residente en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla que se encuentre incluida en alguna de las tres excepciones citadas.

---

*este real decreto-ley*”. El citado Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, fue sometido a debate y votación de totalidad por el Congreso de los Diputados en su sesión del día 6 de septiembre de 2018, en la que se acordó su convalidación, así como su tramitación como Proyecto de Ley.

<sup>15</sup> Desde el 31 de julio de 2018 rige el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su redacción dada por el artículo primero.Uno del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, según la cual “*Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español*”, estableciéndose que para hacer efectivo el derecho citado con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, deberán: tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español; tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia; o bien ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía. Asimismo, se reconoce el derecho a aquellas personas que no cumplan estos requisitos pero que obtengan dicha prestación mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

<sup>16</sup> Desde el 31 de julio de 2018 rige el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su redacción dada por el artículo primero.Tres del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, según la cual “*Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española*”, para lo cual deben cumplir 3 requisitos: a) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable; b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia; y c) No existir un tercero obligado al pago.

El impacto de esta población en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla<sup>17</sup> se produce fundamentalmente en los siguientes servicios: urgencias, obstetricia (atenciones a embarazadas) y neonatología/pediatría/atenciones a menores, tal y como se detalla en los siguientes subepígrafes.

#### *II.1.1.1.a) Actividad asistencial en el área de urgencias*

Del análisis y comparativa de los principales datos de actividad asistencial del servicio de urgencias en Atención Especializada en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla con el resto del SNS, según información extraída del Portal Estadístico del SNS<sup>18</sup>, se puede observar la importancia que la asistencia a esta población tiene en estas Áreas, de acuerdo con lo que se señala a continuación:

1. El dato de frecuentación de urgencias del INGESA por cada 1.000 habitantes en el ejercicio 2016 fue el más elevado del todo el SNS, alcanzando una cifra de 799,98, siendo la media del SNS de 482,04, por lo que superó muy ampliamente la citada media en un 65,96%.
2. El ratio de presión de urgencias (ingresos procedentes de urgencias/total de ingresos del hospital) del INGESA en el ejercicio 2015 fue el mayor de todo el SNS, un 76,15, siendo asimismo en el ejercicio 2016 uno de los más elevados, un 75,93, superando a la media del citado SNS (65,82) en un 15,36%.
3. El porcentaje de episodios de urgencias que finalizó con el alta médica del paciente en el año 2016 fue del 91,53%, el más alto de todo el SNS.

#### *II.1.1.1.b) Actividad asistencial en el área de obstetricia (atenciones a mujeres embarazadas)*

Del análisis y comparación de los datos estadísticos derivados de las atenciones a mujeres embarazadas que no tienen la condición de aseguradas, se pone de manifiesto la elevada presión asistencial que soportan ambas Áreas Sanitarias derivada de la atención a este colectivo de personas no aseguradas.

Este extremo se pone de manifiesto claramente si se exponen los datos relativos a diversas magnitudes, como el índice de fecundidad (número medio de nacimientos por población femenina censada entre 15 y 49 años de edad), que en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla en el año 2016 fue de 111,57, el más elevado de todo el SNS, mientras que el índice de fecundidad del SNS para dicho ejercicio fue tan solo de 30,89, por lo que aquel supera a la media del SNS de una manera desmesurada, en un 261,18%<sup>19</sup>. Y lo mismo sucede si se tiene en cuenta el número medio de partos atendidos por los facultativos de ginecología y obstetricia y por las matronas de ambas Áreas Sanitarias (236 partos por facultativo y 145 partos por matrona), el cual excedió la media del SNS (74 partos por facultativo y 72 partos por matrona) en un 218,05% y un 101,30%, respectivamente. Estos porcentajes son aún más significativos teniendo en cuenta que, en las citadas Áreas, los ratios de especialista por cada 1.000 habitantes en ginecología y obstetricia (0,11) y en matronas (0,18), exceden de la media SNS en un 22,22% y en un 80%, respectivamente. Los datos anteriores se pueden representar gráficamente de la siguiente manera:

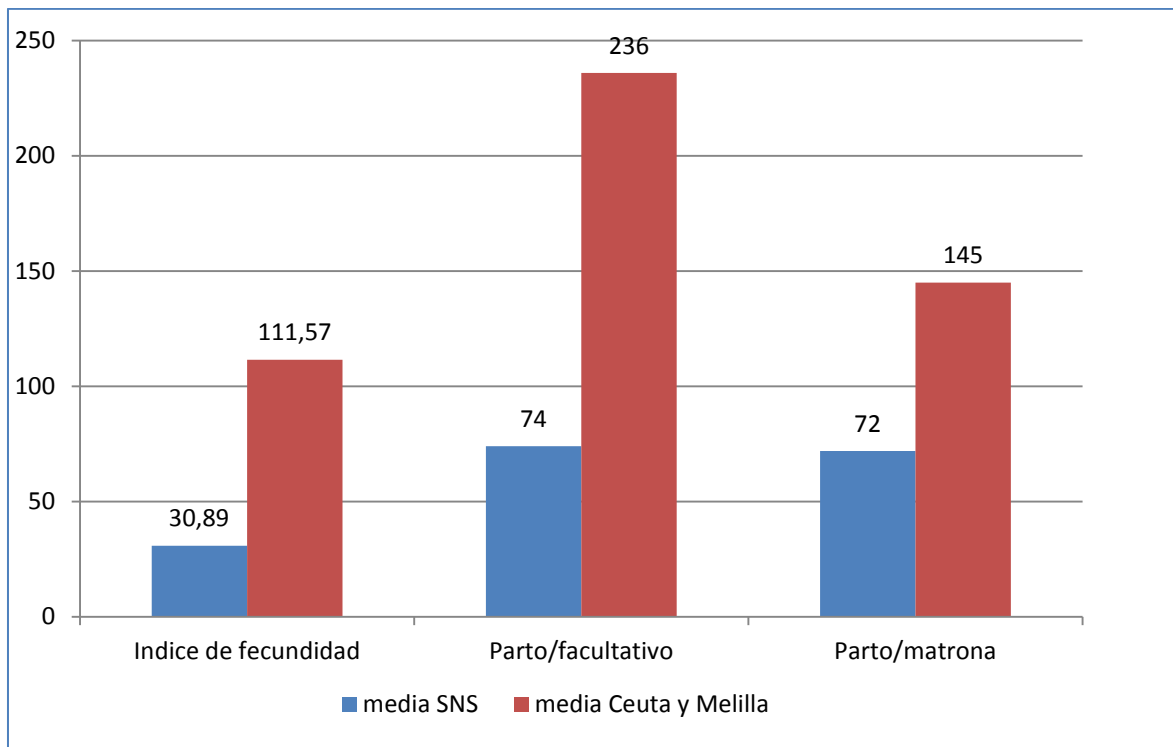
<sup>17</sup> Las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla comprenden tanto la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario de Ceuta y el Hospital Comarcal de Melilla, como la prestada por los centros de Atención Primaria existentes en ambas Ciudades Autónomas.

<sup>18</sup> De los datos del Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social han sido excluidos los datos correspondientes a Hospitales Privados y Hospitales de Larga Instancia.

<sup>19</sup> En referencia a este ratio, es necesario precisar que el denominador se refiere a población censada, cifra superior a la de la población con derecho a tarjeta sanitaria, ya que el simple empadronamiento no da lugar al derecho a tarjeta sanitaria, diferencia que se produce muy especialmente en las citadas Ciudades Autónomas.



**GRÁFICO Nº. 1**  
**COMPARACIÓN DIVERSAS MAGNITUDES SISTEMA NACIONAL DE SALUD / ÁREAS**  
**SANITARIAS DE CEUTA Y MELILLA**  
**Ejercicio 2016**



Estos ratios son consecuencia directa del elevado porcentaje de partos de población no asegurada atendida en el Hospital Universitario de Ceuta y el Hospital Comarcal de Melilla, que alcanzaron un 50,99% del total de partos en el año 2016, destacando el Hospital Comarcal de Melilla, con un porcentaje de partos de población no asegurada sobre el total de partos atendidos del 60,27%. Asimismo, se atendió un 4,69% de partos a mujeres con su aseguramiento cubierto con entidades privadas. Por tanto, únicamente el 35,04% de los partos atendidos en el Área Sanitaria de Melilla en dicho ejercicio correspondieron a mujeres con derecho a la asistencia sanitaria en virtud de la norma general establecida en los apartados 2 y 4 del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Como consecuencia de lo anterior, el porcentaje de ingresos hospitalarios por cada 1000 habitantes en la especialidad de ginecología y obstetricia es el más alto del SNS, superando a la media en un 221,88%.

Por otro lado, en ambas Áreas Sanitarias los porcentajes de atención a población no asegurada en consultas externas programadas de ginecología y obstetricia no alcanzaron ni un 1% en el ejercicio 2016, tanto en el Área Sanitaria de Ceuta como en el de Melilla.

Los datos anteriores corroboran que la elevada presión asistencial que soportan ambas Áreas Sanitarias, en relación a mujeres embarazadas, derivan de atenciones no programadas, de forma que se produce el desplazamiento de estas mujeres a ambos centros hospitalarios con el único objeto de cubrir la asistencia en el momento del parto, normalmente a través del servicio de urgencias, sin que exista demanda de atenciones previas a dicho momento.

Este hecho entraña un riesgo adicional al propio de un parto, puesto que son embarazos no controlados para los que no existe un conocimiento previo de antecedentes y patologías

adicionales, con las complicaciones sanitarias que estas circunstancias suponen tanto para las mujeres embarazadas como para el recién nacido.

Como consecuencia de lo anterior, un 85,45% de las evacuaciones<sup>20</sup> de recién nacidos (neonatos) a la Península Ibérica en el Área Sanitaria de Melilla en el año 2016 procedían de partos de mujeres extranjeras no aseguradas, y asimismo un 61,54% de las derivaciones de mujeres embarazadas en situaciones de riesgo que se realizaron a la Península Ibérica en el año 2016 pertenecieron igualmente a este colectivo.

#### *II.1.1.1.c) Actividad asistencial prestada a personas extranjeras menores de edad*

En relación con las atenciones sanitarias prestadas a personas menores de edad que no ostentaban la condición de asegurado, es necesario diferenciar dos situaciones: a) personas menores con residencia efectiva en cualquiera de las dos Ciudades Autónomas (en domicilios particulares, centros de acogida y en el centro de estancia temporal de inmigrantes -CETI-) a los que se expide un “*documento especial de asistencia sanitaria en situaciones especiales*”, que permite el acceso a la sanidad pública en toda su extensión bajo la condición de no asegurado, y b) el resto de personas menores no aseguradas que acceden de forma puntual a estas atenciones.

Asimismo, es necesario precisar que no se han podido determinar los porcentajes de asistencias a menores no asegurados en el Área de Atención Primaria, al no recoger la aplicación informática que, entre otras funciones, gestiona las consultas, denominada e-SIAP, un histórico de los tipos de usuarios asistidos en la fecha de prestación de la asistencia.

En el análisis y comparativa de los principales datos de la actividad asistencial prestada a personas extranjeras menores no aseguradas sin el citado documento especial, se han obtenido los siguientes resultados:

1. De las urgencias e ingresos hospitalarios en el servicio de neonatología en el ejercicio 2016, un 29,19% en Área Sanitaria de Ceuta y un 71,39% en el Área Sanitaria de Melilla, derivan de atenciones efectuadas a menores extranjeros no asegurados sin el citado documento especial.
2. En referencia al servicio de pediatría, de las asistencias prestadas a menores en Atención Especializada, un 10,73% en 2016 en el Área Sanitaria de Ceuta y un 29,35% en Melilla derivan de atenciones efectuadas a menores extranjeros no asegurados sin el citado documento especial.
3. Un 26,38% de enfermos agudos (ingresos hospitalarios e intervenciones con ingreso) y un 8,16% de los casos de urgencias en 2016 del total de asistencias a menores fueron asistencias prestadas a menores extranjeros no asegurados sin el citado documento especial.
4. Es necesario destacar los elevados porcentajes de asistencia a la totalidad de menores no asegurados en el Área Sanitaria de Melilla en determinados servicios de Atención Especializada en el año 2016, tal y como se detalla en el siguiente cuadro:

---

<sup>20</sup> Se procede a la evacuación de pacientes a una Comunidad o Ciudad Autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual para ser atendidos por procesos o procedimientos de carácter hospitalario o ambulatorio, cuando la Comunidad o Ciudad Autónoma de residencia no dispone de los servicios o recursos adecuados para la debida atención.

**CUADRO N.º 4**  
**ASISTENCIAS A MENORES NO ASEGURADOS EN EL ÁREA SANITARIA DE MELILLA**  
**Ejercicio 2016**

*(Porcentajes)*

Tipo de asistencia	Especialidad	% TOTAL (CETI, centros de acogida y menores en situación irregular)	% Menores en situación irregular
INGRESOS HOSPITALARIOS	Neonatología	75,17	74,48
	Oftalmología	100,00	66,67
	Tocología	71,43	68,57
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	Medicina Interna	71,43	71,43
	Tocología	60,00	60,00
URGENCIAS	Neonatología	54,35	52,17
	Neurocirugía	66,67	58,33
	Tocología	57,26	54,70

Fuente: Información del INGESA

Como puede observarse, en todas las especialidades analizadas, el porcentaje de asistencias a este colectivo superaba el 50% del total de asistencias prestadas, siendo mucho más elevado dicho porcentaje en especialidades tales como ingresos de neonatología, o en intervenciones quirúrgicas de medicina interna, llegando a realizarse todas las actuaciones de la especialidad de oftalmología a menores extranjeros no asegurados.

Conviene anticipar que, de acuerdo con la normativa vigente (es una de las excepciones a la falta de cobertura sanitaria a los extranjeros sin residencia legal en España), todas las asistencias sanitarias prestadas por las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla a estos colectivos no fueron facturadas ni cobradas por el INGESA.

#### II.1.1.2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DERIVADA A SERVICIOS DE SALUD DE OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Los recursos sanitarios de los que disponen las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla no son suficientes para atender determinadas patologías que, por su complejidad o baja incidencia, deben ser realizados en centros sanitarios de nivel superior, lo que genera un número importante de derivaciones asistenciales a otros centros sanitarios de la Península Ibérica.

En la actualidad, el Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO), se constituye como el único instrumento para la canalización de las solicitudes de asistencia programada en los centros hospitalarios de las Comunidades y Ciudades Autónomas distintas de la de residencia de los pacientes dentro del SNS, independientemente de que las mismas sean o no compensables a través del Fondo de Cohesión Sanitaria<sup>21</sup>.

En el análisis del sistema de derivaciones en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla se han observado las siguientes incidencias:

1. Existe un elevado número de derivaciones efectuadas por ambas Áreas Sanitarias, tanto por procesos ambulatorios como hospitalarios, de forma que los pacientes derivados a otros Servicios de Salud por procesos ambulatorios (por cada 1.000 habitantes) exceden la media

<sup>21</sup> El Fondo de Cohesión Sanitaria se creó con objeto de garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, compensando a las Comunidades Autónomas e INGESA por la asistencia sanitaria prestada y por el importe establecido en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.

nacional en un 729,84%, mientras que en los derivados por procesos hospitalarios el porcentaje es aún más elevado, excediendo la media en un 1.489,72%.

A mayor abundamiento, hay que precisar que los datos anteriores comprenden únicamente las derivaciones liquidadas con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria; sin embargo, las derivaciones de pacientes desde ambas Áreas Sanitarias a otros Servicios de Salud son mucho mayores, ya que, tal y como se comprueba de la información de los registros asistenciales facilitados, un 53,35% de los pacientes derivados por el INGESA están asociados a procesos no liquidables, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.

2. Existe, asimismo, un elevado porcentaje de derivaciones de pacientes no asegurados, que no forman parte, por tanto, del colectivo incluido en la base de datos de tarjeta sanitaria individual sin código de identificación personal, necesario para la identificación y reconocimiento de los mismos por el sistema SIFCO. El tratamiento de estas derivaciones es diferente dependiendo del Área Sanitaria:
  - a) En el Área Sanitaria de Ceuta se asigna un código de identificación personal ficticio o provisional a estos pacientes no asegurados, procediendo de forma correcta a su inclusión en SIFCO, estando por tanto registradas la totalidad de las derivaciones. No obstante, no ha sido posible efectuar un cálculo del porcentaje de derivaciones que corresponden a estos pacientes no asegurados ni el coste asociado a los mismos, ya que una vez que se les asigna el citado código pasan a considerarse como pacientes asegurados por el SNS.
  - b) En el Área Sanitaria de Melilla no se procede al registro en SIFCO de estas derivaciones, estando archivadas en soporte físico en el Hospital Comarcal de Melilla, junto con un compromiso de regularización firmado por el hospital de derivación. Existe por tanto un volumen importante de derivaciones pendientes de regularizar, dado el elevado porcentaje de pacientes no asegurados existentes, con cifras que alcanzan el 38,94% de las evacuaciones y retornos en 2015 y un 43,91% en 2016<sup>22</sup>.

Estos porcentajes serían mayores si se tiene en cuenta el servicio o especialidad que efectúa la derivación. De esta forma, en el año 2016 el 84,03% de las evacuaciones del Servicio de pediatría y el 85,45% del Servicio de neonatología derivaron de personas menores no aseguradas, mientras que para las evacuaciones procedentes de la especialidad de ginecología y obstetricia, este porcentaje fue del 61,54%.

Esta situación se ve agravada por el elevado coste que suponen las derivaciones, con gastos de locomoción, manutención y alojamiento asociados. Así en el año 2016, en el Área Sanitaria de Melilla se tramitaron 6.859 expedientes de desplazamiento a otros Servicios de Salud, con un coste total de 2.173.962 euros, de los que al menos un 10,33%<sup>23</sup> pertenecía a población no asegurada. Este porcentaje de gasto es mayor si tenemos en cuenta solo las evacuaciones, cuyo coste en 2016 fue de 1.069.051 euros, de las que, como se detallaba anteriormente, un 43,91% derivaron de pacientes no asegurados.

3. No existen, a pesar de los elevados datos de derivaciones y su problemática, convenios de colaboración con otros Servicios de Salud que regulen y controlen las derivaciones efectuadas, aspecto de suma importancia fundamentalmente en las relaciones con el Servicio Andaluz de Salud, ya que un 94,89% de los pacientes incluidos en el Fondo de Cohesión Sanitaria del año 2016 procedentes de ambas Áreas Sanitarias, fueron derivados a centros sanitarios de dicho Servicio de Salud.

---

<sup>22</sup> Se denomina evacuación a una derivación urgente utilizando como medio de transporte avión o helicóptero con un protocolo específico de derivación.

<sup>23</sup> Este porcentaje se ha calculado respecto a un importe de 1.775.869,73 euros de gastos de locomoción, al no existir detalle de pacientes no asegurados para gastos de manutención y alojamiento.

Y además, tampoco existen planes de seguimiento periódicos de las derivaciones realizadas por ambas Áreas Sanitarias, salvo la Comisión Central de Derivaciones, creada con fecha 11 de febrero de 2015 para el seguimiento, estudio, evaluación y control de las derivaciones efectuadas por el INGESA, concebida para la realización de reuniones trimestrales, y para la que solo consta la celebración de dos reuniones con fechas 17 de febrero y 21 de abril del 2015. En relación con esta circunstancia, parece oportuno que esta Comisión efectúe el control de estas derivaciones, para lo cual sería necesario que se respetasen las previsiones establecidas en cuanto a la periodicidad de sus reuniones.

### II.1.1.3. DEBILIDADES EN LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

El servicio de urgencias y emergencias sanitarias del 061, dependiente de las Áreas de Atención Primaria de Ceuta y Melilla, se encarga de cualquier situación de urgencia médica los 365 días del año. Está gestionado por un centro coordinador de urgencias, desde el que se filtran todas las llamadas recibidas y se catalogan según su riesgo.

En el análisis de la actividad desarrollada por este servicio se han detectado las siguientes debilidades:

#### *II.1.1.3.a) Deficiencias en las condiciones técnicas de los vehículos*

La Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta suscribió un concierto de transporte terrestre para el Servicio de Urgencias y Emergencias, en virtud del cual la empresa adjudicataria pondría a disposición del citado servicio dos tipos de ambulancia, así como una ambulancia de reserva de cada una de ellas en caso de necesidad.

En el año 2017 existieron múltiples incidencias técnicas en ambos tipos de ambulancias, que provocaron que no se pudiera realizar la prestación del servicio, motivando su sustitución por otra unidad. En concreto, se registraron al menos quince averías que obligaron a la paralización y sustitución de la única ambulancia de Soporte Vital Avanzado de la que disponía el Área de Atención Sanitaria de Ceuta.

Al margen de las averías detectadas, el 10 de agosto de 2017 la ambulancia titular del servicio no superó la Inspección Técnica de Vehículos, por lo que fue sustituida por otro vehículo. Transcurrido un mes, la ambulancia que sustituyó a dicha unidad no superó la inspección obligatoria de la Consejería, por lo que la empresa la sustituyó a su vez por la ambulancia titular, es decir, por la ambulancia que un mes antes no había superado la Inspección Técnica de Vehículos.

Los hechos anteriores suponen no solo un incumplimiento de los Pliegos de Prescripciones Técnicas (PPT) del contrato, al constar expresamente en la cláusula A.4 que *“las ambulancias deberán mantenerse en todo momento en perfectas condiciones de uso y limpieza”*, sino que también implican un grave riesgo para los ciudadanos en un servicio de atención sanitaria en el que la rapidez es fundamental.

Adicionalmente, y a pesar de que en la Cláusula 18.2.4 del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares (PCAP) se señalaba que *“el incumplimiento de las condiciones esenciales de realización de los servicios en sus diferentes variantes de cada modalidad de transporte sanitario, recogidas en las prescripciones técnicas, podrá dar lugar a una penalización de 1.000,00 € por incumplimiento”* y *“no tener disponibles permanentemente para su uso las ambulancias de reserva en un tiempo inferior a 30 minutos desde que se produzca la avería o inoperatividad del vehículo titular, podrá dar lugar a una penalización de 1.000,00 € por incumplimiento”*, la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta no adoptó ninguna medida tendente al establecimiento de una penalización a la empresa adjudicataria del contrato por dejar de prestar el servicio como consecuencia de las deficiencias técnicas de sus vehículos.

#### *II.1.1.3.b) Prestaciones que exceden de las competencias del Servicio de Emergencias*

Se ha detectado la existencia de actuaciones por parte del Servicio de Urgencias y Emergencias del 061 no relacionadas con sus competencias, las cuales se refieren a la prestación de atenciones sanitarias urgentes, pero que no abarcan servicios de traslados interhospitalarios.

Así, en el Área Sanitaria de Ceuta, el Servicio del 061 está realizando traslados de pacientes procedentes del Reino de Marruecos en ambulancia. Al no estar permitido el paso en la frontera de la Ciudad Autónoma de Ceuta a ambulancias procedentes de dicho país, el servicio 061 está efectuando el traslado de estos pacientes, no asegurados y por los que el INGESA no recibe ninguna contraprestación económica, desde la frontera hasta el Hospital Universitario de Ceuta, efectuando en la práctica, traslados interhospitalarios que en ningún caso están dentro de las funciones del citado servicio. Según información facilitada por el Servicio de Urgencias y Emergencias del 061, en el ejercicio 2017, los “*traslados realizados por nuestra UME en la frontera de pacientes que proceden de hospitales marroquíes y precisan o eligen de manera personal ser atendidos en el Hospital de Ceuta y son trasladados en ambulancias y recogidos por nuestras unidades sin previo aviso ni información sanitaria ni de filiación alguna en la frontera con Marruecos*” ascendieron a 35. El mencionado Servicio no dispone de información de los traslados correspondientes a SVB (Soporte Vital Básico).

#### *II.1.1.3.c) Deficiencias en la aplicación de gestión del servicio*

El sistema de información utilizado para la gestión de la actividad del 061, denominado SÉNECA, adolece de múltiples deficiencias, entre las que destaca, en primer lugar, la falta de integración de llamada con el Servicio de Emergencias 112.

Por otro lado, la citada aplicación informática no contempla la integración de información clínica prestada por ambulancias no asistenciales o de Soporte Vital Básico, ni la posibilidad de enlazar sus resultados clínicos con los partes de intervención asociados. También existe una ausencia de información sobre el financiador de la asistencia sanitaria, por lo que no es posible trasladar esta información al departamento de facturación. Por último, adolece de una inadecuada instrumentalización de la explotación de datos, obligando a la permanente búsqueda manual de la información que debe suministrarse a los Servicios Centrales del INGESA.

#### II.1.1.4. DEBILIDADES EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Como consecuencia del análisis de los sistemas de información sanitaria utilizados en ambas Áreas Sanitarias se han detectado deficiencias significativas, como se expone a continuación:

1. No existe una Historia Clínica Única en el ámbito de Atención Primaria y Especializada en ambas Áreas Sanitarias, lo que unido a las dificultades existentes para la identificación de pacientes, provoca la asignación de varias historias clínicas a un mismo individuo.
2. El análisis de e-SIAP (aplicación que entre sus funciones incluye la de gestionar las consultas de Atención Primaria) pone de manifiesto la existencia de carencias que impiden conocer con exactitud la actividad asistencial llevada a cabo en un momento temporal distinto del actual, en función del tipo de profesional que realiza la actividad y del lugar de realización de la misma, por un lado, y que, por otra parte, impiden conocer la verdadera situación del paciente a efectos de su aseguramiento en el momento de la asistencia.

Asimismo, el aplicativo no cuenta con un módulo de facturación que permita un adecuado registro y control de todas las atenciones en las que exista un tercero obligado al pago con la finalidad de su correcta facturación.

3. Tampoco existe un registro poblacional único sincronizado con todos los procesos de información, de forma que se eviten las diferencias en el registro de ciudadanos entre los distintos sistemas que recogen dicha información.

A modo de ejemplo, en el ámbito de Atención Especializada, el registro de pacientes se realiza manualmente desde el servicio de admisión, de forma que, aunque algunos puestos tienen acceso a la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual, el mismo se desarrolla en modo consulta, es decir, no se procede a la sincronización directa entre ambos aplicativos, lo que produce la existencia de diferencias en el registro de los ciudadanos en ambos sistemas de información.

## **II.1.2. Contratos para la prestación de servicios de asistencia sanitaria suscritos por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria**

### **II.1.2.1. CONSIDERACIONES GENERALES**

El artículo 90 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, determina que las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, a cuyos efectos deberán tener en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios. Además, se dispone expresamente que no se podrán concertar con terceros la prestación de atenciones sanitarias, cuando ello pueda contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.

En cuanto al régimen de contratación pública del INGESA, como Entidad Gestora de la Seguridad Social, se incluye dentro del ámbito subjetivo regulado en el artículo 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 (TRLCSP) con la consideración de Administración Pública (artículos 3.1.b) y 3.2.a) del TRLCSP). Así, para la prestación de servicios de asistencia sanitaria, pueden utilizarse los contratos de gestión de servicios públicos previstos en el artículo 8 del TRLCSP, o bien los contratos de servicios previstos en el artículo 10 del TRLCSP (categoría 25 “*Servicios sociales y de salud*” del Anexo II).

### **II.1.2.2. ACTUACIONES PREPARATORIAS, ADJUDICACIÓN Y FORMALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS**

Durante el ejercicio 2016, en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla se encontraban vigentes contratos de ambos tipos (gestión de servicios públicos y servicios) tramitados para la prestación de los citados servicios de asistencia sanitaria, los cuales se tramitaron mediante varias fórmulas diferentes:

- 1<sup>a</sup>. Contratos tramitados mediante procedimiento abierto o negociado, cuyo detalle por tipo de contrato y procedimiento de adjudicación se recoge en el Anexo nº 3.
- 2<sup>a</sup>. Contratos menores, cuyo objeto era la realización de diversas pruebas y procesos quirúrgicos sanitarios y que se relacionan en los Anexos nº 4 y 4 bis), siendo la suma total de sus importes de adjudicación 217.244,14 euros y 123.000,00 euros, respectivamente, en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla, y habiéndose abonado finalmente como consecuencia de los mismos 120.191,50 euros y 77.316,69 euros<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> La diferencia entre importe de adjudicación e importe final abonado se justifica por el hecho de que en muchos de estos contratos el adjudicatario se obliga a ejecutar estos servicios de forma sucesiva y por precio unitario, sin que el número total de prestaciones incluidas en el objeto del contrato esté definido con exactitud al tiempo de celebrar este, por estar subordinadas las mismas a las necesidades de la Entidad.

- 3ª. Pagos realizados a proveedores por la prestación de servicios sanitarios que se tramitaron al margen de los procedimientos de adjudicación previstos en el TRLCSP, cuyo detalle se incluye en el Anexo nº 5. En ninguno de estos supuestos se cumplían los requisitos establecidos por la Disposición adicional vigésima cuarta del TRLCSP para los supuestos de prestación de asistencia sanitaria en situaciones de urgencia (en los contratos por importe inferior a 30.000 euros, no serán de aplicación las disposiciones de esta Ley relativas a la preparación y adjudicación del contrato, sino que basta con que se justifique la urgencia, se determine el objeto de la prestación, se fije el precio a satisfacer por la asistencia y se designe por el órgano de contratación la empresa a la que corresponderá la ejecución).

Esta forma de proceder supone el incumplimiento de los principios generales a los que necesariamente ha de adaptarse la contratación pública y que se citan en el artículo 1 del TRLCSP (libertad de acceso a las licitaciones, publicidad y transparencia de los procedimientos, no discriminación e igualdad de trato entre los candidatos, y salvaguarda de la libre competencia), y además el incumplimiento de obligaciones concretas establecidas en los siguientes artículos del TRLCSP:

- a) No se ha tramitado el expediente con el contenido mínimo que exige el artículo 109 (resumidamente, la justificación de la necesidad del contrato, el PCAP y el PPT que hayan de regir el mismo, el certificado de existencia de crédito y la justificación de la elección del procedimiento y de los criterios de adjudicación) ni se ha dictado la correspondiente resolución motivada que exige el artículo 110, por la cual se produce la aprobación del mismo y se dispone la apertura del procedimiento de adjudicación.
- b) No se ha adjudicado el contrato de acuerdo a alguno de los procedimientos previstos en el TRLCSP, ni se ha dado a los potenciales licitadores un tratamiento igualitario y no discriminatorio, no ajustándose esta actuación al principio de transparencia (artículo 139).
- c) En último lugar, se ha incumplido lo dispuesto en los artículos 27, 28 y 156 del TRLCSP, puesto que no se ha procedido a la formalización del contrato.

Estos pagos realizados a proveedores al margen de los procedimientos de adjudicación previstos en el TRLCSP han alcanzado, en términos absolutos, importes elevados tanto en el Área Sanitaria de Ceuta (111.788,41 euros), como en el Área Sanitaria de Melilla (407.304,93 euros), siendo necesario destacar en esta última, en virtud de lo elevado de su importe, tanto los pagos efectuados a la empresa 1 (254.055,00 euros) como los realizados a la empresa 2 (150.154,58 euros).

Los pagos efectuados a la empresa 1 tuvieron por objeto la realización de pruebas de diagnóstico por imagen, constando el expediente de un único documento<sup>25</sup>, de fecha 1 de junio de 2016, en el que se indicaban los importes de las pruebas, los servicios a ejecutar y las obligaciones de la empresa, habiéndose abonado como consecuencia del mismo un total de 183.863 euros (el resto del importe que figura en el Anexo nº 5 corresponde a otros pagos a la misma empresa, al margen de lo previsto en este expediente). Conviene anticipar que, con fecha 24 de abril de 2017, esta misma empresa ha sido adjudicataria de otro contrato para la misma finalidad.

Por otra parte, la cuantía abonada a la empresa 2 (150.154,58 euros) correspondió a la hospitalización de nueve neonatos agudos que no fueron derivados a ningún hospital de referencia del SNS.

En algunos de estos supuestos, se ha producido, además, el incumplimiento de lo indicado en el artículo 29 del TRLCSP (obligación de remitir al Tribunal de Cuentas una copia certificada del

---

<sup>25</sup> Comunicación remitida a la empresa 1 por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla, en la que figuraba un sello de la empresa y una firma, sin que pueda identificarse a quién corresponde la misma.



documento en el que se hubiere formalizado aquél, acompañada de un extracto del expediente del que se derive, siempre que la cuantía del contrato de servicios exceda de 150.000 euros), y de lo dispuesto en la Resolución de 10 de diciembre de 2013, de la Presidencia del Tribunal de Cuentas, mediante la que se publicó el “Acuerdo del Pleno de 28 de noviembre de 2013, sobre la instrucción general relativa a 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” (con periodicidad anual, obligación de remitir las relaciones certificadas comprensivas de toda la contratación y demás negocios jurídicos formalizados en el ejercicio precedente, con exclusión de los contratos menores y contratos subvencionados a los que se refiere el artículo 2.2 del TRLCSP).

Además de los supuestos en los que no se formalizó contrato alguno, en el análisis de los contratos formalizados que amparan la prestación de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos se han detectado las siguientes deficiencias:

1. Prestación de servicios sanitarios sin existencia de contrato en vigor que lo ampare, como consecuencia de que estos servicios se realizaron durante un período de tiempo que excedió del plazo máximo de duración de los contratos, incluidas las prórrogas. Ello es consecuencia de que los contratos extinguidos incluían una cláusula en el siguiente sentido:

*“... una vez finalizado el plazo de ejecución del contrato, incluidas las prórrogas, la empresa seguirá prestando el servicio, hasta la resolución del nuevo expediente de adjudicación o incluso, en algunos casos, hasta que desaparezcan las causas que motivaron el concierto”.*

Los hechos descritos, así como la cláusula incluida en los citados contratos, resultan contrarios a lo dispuesto en el artículo 23 y 26.1.g) del TRLCSP, que prevén una duración del contrato no superior a la indicada en el mismo, incluyendo las prórrogas.

Los expedientes afectados por este hecho son los que se incluyen a continuación<sup>26</sup>:

- a) Servicio de diagnóstico por imagen concertado con la empresa 3 para el Área de Atención Sanitaria de Ceuta, prestado durante cinco meses del año 2016 (finalización del contrato con la prórroga el 14 de julio de 2015 y entrada en vigor del nuevo contrato el 1 de junio de 2016), y con la empresa 4 en el Área Sanitaria de Melilla durante la totalidad del ejercicio 2016 (finalización del contrato y su prórroga con fecha 27 de noviembre de 2014 y formalización del nuevo contrato el 24 de abril de 2017).
- b) Servicio de pruebas diagnósticas mediante tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada (PET-TC) concertado con la empresa 5 en el Área Sanitaria de Ceuta, prestado durante siete meses (finalización del contrato 24 de marzo de 2016 y entrada en vigor del nuevo contrato el 24 de octubre de 2016), y con la empresa 6 en el Área Sanitaria de Melilla durante ocho meses (finalización del contrato el 14 de abril de 2016 y entrada en vigor del nuevo contrato el 15 de diciembre de 2016).

<sup>26</sup> En relación con el Área Sanitaria de Ceuta, el INGESA indica en sus alegaciones que, no obstante lo indicado por el Tribunal de Cuentas, “el INGESA no puede dejar de ofrecer dicho servicio a los usuarios de la sanidad en Ceuta por lo que se debe seguir prestando dicho servicio aun habiendo finalizado el contrato”, y además señala, en relación con los servicios de diagnóstico por imagen y de pruebas diagnósticas mediante tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada, causas ajenas a la institución (interposición de recursos especiales en materia de contratación). Esta alegación no es compartida por este Tribunal de Cuentas puesto que la diligencia exigible en la preparación de los procedimientos de contratación implica tener en cuenta los posibles retrasos derivados de la interposición de los recursos previstos en la normativa.

A mayor abundamiento, hay que precisar que en el contrato con la empresa 6 ni siquiera existía cláusula alguna que recogiera la posibilidad de continuar prestando el servicio hasta la formalización del nuevo contrato.

Las circunstancias anteriores se ven agravadas por el hecho de que el precio pagado durante el período de prestación de los servicios sin contrato que lo amparase, fue superior al de los contratos que posteriormente se adjudicaron para sustituir a estos, tal y como se detalla en el siguiente cuadro:

**CUADRO N.º 5**  
**COMPARACIÓN DE PRECIOS ENTRE CONTRATOS**  
**(Euros)**

Servicio prestado	Área Sanitaria	Tipo prueba	Precios unitarios abonados sin contrato en vigor	Precios aplicados en los contratos adjudicados posteriormente	Diferencia
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	CEUTA	Estudio simple	165,69	112,00	53,69
		Estudio doble	232,97	153,00	79,97
		Estudio mama	232,97	153,00	79,97
		Estudio vascular	232,97	153,00	79,97
		Estudio cardíaco	232,97	153,00	79,97
		Plus contraste	52,22	25,00	27,22
	MELILLA	Estudio simple	168,79	60,00	108,79
		Estudio doble	238,36	90,00	148,36
		Estudio mama	238,36	90,00	148,36
		Estudio vascular	238,36	90,00	148,36
		Estudio cardíaco	238,36	90,00	148,36
		Plus contraste	53,61	30,00	23,61
		Estudio perfusión o difusión	283,37	90,00	193,37
		Estudio funcional	283,37	120,00	163,37
		TAC- estudio simple	84,91	34,00	50,91
		TAC-estudio doble con o sin contraste	122,76	50,00	72,76
		Angio TAC	115,6	45,00	70,6
		Ortopantomografía	17,39	16,00	1,39
		Mamografía de cribado	20,46	19,00	1,46
PET-TC	CEUTA	PET-TC	425,00	415,00	10,00
	MELILLA		590,00	330,00	260,00

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

Como se desprende del cuadro anterior, todas las pruebas concertadas en los nuevos contratos tienen un precio muy inferior a los contratos extinguidos (un promedio cercano al 46%, llegando en algunos casos al 68%), por lo que el hecho de seguir pagando la realización de pruebas sin contrato en vigor y a precios muy superiores supuso unos gastos innecesarios para el INGESA.

Por otra parte, destacan los pagos efectuados sin contrato en vigor a la empresa 4 en el ejercicio 2016 (un total de 286.854,02 euros), y que posteriormente este mismo servicio fuera contratado utilizando un contrato menor C.M. A.E. 17/16, adjudicado a la empresa 1 para la misma finalidad.

- c) Servicio de hemodiálisis extrahospitalaria concertada con la empresa 7 y servicio de tratamiento de radioterapia externa concertado con la empresa 27, ambos en el Área Sanitaria de Ceuta.

Aun cuando en estos casos a finales del ejercicio 2016 no había expirado el período de duración de estos contratos, en los mismos se incluye la citada cláusula que habilita a continuar prestando el servicio por las mismas empresas, una vez termine el período de vigencia del mismo, circunstancia que, como ya se ha indicado, no se prevé en el TRLCSP.

En consecuencia, la falta de formalización de los oportunos contratos en tiempo y forma supuso una ineficiente gestión de los fondos públicos y el incumplimiento de los principios de eficiencia y selección de la oferta económicamente más ventajosa recogidos expresamente en el artículo 1 del TRLCSP.

2. Existencia de fraccionamiento indebido del objeto del contrato, prohibido por el artículo 86.2 del TRLCSP, como consecuencia de una concatenación de contratos menores consecutivos en el tiempo con el mismo objeto, y que además se adjudicaron a las mismas empresas.

La formalización de un único contrato que abarcase la totalidad del objeto en cada uno de estos supuestos podría haber permitido, razonablemente, la obtención de ofertas económicas más ventajosas y, en todo caso, habría supuesto el cumplimiento de los principios de publicidad, transparencia, concurrencia, igualdad y no discriminación que deben regir en la contratación administrativa.

El detalle de los contratos de servicios de asistencia sanitaria en los que se han observado los hechos anteriores en el Área Sanitaria de Ceuta es el siguiente:

- a) Tramitación de cinco contratos menores con el mismo adjudicatario, hospital 1, para la realización de procesos de neurocirugía de espalda:

**CUADRO N.º 6**  
**CONTRATOS ADJUDICADOS PARA PROCESOS DE NEUROCIURUGÍA DE ESPALDA**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

Nº expediente	Importe de adjudicación	Importe pagado
C.M. 4/16	19.018,84	3.570,00
C.M. 8/16	9.759,42	9.759,42
C.M. 20/16	11.065,00	9.265,00
C.M. 34/16	9.265,00	5.470,00
C.M. 52/16	18.905,88	18.405,88
<b>Importe Total</b>	<b>68.014,14</b>	<b>46.470,30</b>

Fuente: Expedientes de contratación.

Tal y como puede observarse, el importe total de los expedientes adjudicados en el ejercicio 2016 fue de 68.014,14 euros, efectuándose pagos por importe de 46.470,30 euros.

En relación con los expedientes C.M. 4/16 y C.M. 52/16, la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta justifica su actuación en virtud de la urgencia prevista en la Disposición adicional vigésimo cuarta del TRLCSP, si bien hay que tener en cuenta que sumando los importes de adjudicación de ambos contratos se supera el límite establecido en la misma, por lo que de igual manera nos encontraríamos ante un supuesto de fraccionamiento del objeto del contrato<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> El INGESA señala en sus alegaciones que desde el 7 de junio de 2016 dichos procedimientos quirúrgicos están contratados mediante un procedimiento abierto.

- b) Realización de pruebas e informes de electromiografías, adjudicadas a la empresa 8 a través de tres contratos menores, con el siguiente desglose:

**CUADRO N.º 7**  
**CONTRATOS ADJUDICADOS PARA PRUEBAS E INFORMES DE ELECTROMIOGRAFÍAS.**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

Nº expediente	Importe de adjudicación	Importe pagado
C.M. 36/16	17.940,00	17.730,00
C.M. 75/16	17.982,00	999,00
C.M. 137/16	17.925,00	3.000,00
<b>Importe Total</b>	<b>53.847,00</b>	<b>21.729,00</b>

Fuente: Expedientes de contratación.

- c) Realización de procesos de hemodinámica, para los que se adjudicaron dos contratos menores a la empresa 9, con el siguiente detalle:

**CUADRO N.º 8**  
**CONTRATOS ADJUDICADOS PARA PROCESOS DE HEMODINÁMICA**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

Nº expediente	Importe de adjudicación	Importe pagado
C.M. 95/16	17.950,00	17.800,00
C.M. 125/16	17.950,00	15.360,00
<b>Importe Total</b>	<b>35.900,00</b>	<b>33.160,00</b>

Fuente: Expedientes de contratación.

3. Contratos de gestión de servicios públicos en los cuales se incluye la obligación de la Entidad de abonar un precio fijo (cantidad a tanto alzado), independientemente del número de servicios efectivamente realizados, pudiendo existir una infrutilización del servicio, y una inadecuada adaptación del gasto a las necesidades reales en la prestación de la asistencia. En todos estos supuestos es preciso tener en cuenta que, si bien el artículo 281 del TRLCSP indica que el contratista tiene derecho a las contraprestaciones económicas previstas en el contrato, no obstante añada expresamente la mención de que entre tales contraprestaciones “*se incluirá,...* una retribución fijada en función de su utilización que se percibirá directamente de los usuarios o de la propia Administración”, circunstancia que, por tanto, en los supuestos a los que se refiere este punto, no ha tenido lugar.

Además, en estos supuestos la justificación del servicio realizado se efectúa únicamente mediante la presentación de facturas mensuales, sin otro medio de acreditación suficiente para verificar la realidad del servicio prestado<sup>28</sup>.

El detalle de estos contratos es el siguiente:

<sup>28</sup> El INGESA señala en sus alegaciones, en referencia a la contratación a presupuesto fijo, que esta fórmula está regulada por el INSALUD desde el año 1992 y reiterada en años posteriores, aludiendo además a la existencia de controles que le permiten conocer el grado de utilización de los servicios, aunque sobre estos aspectos no se aporta documentación justificativa. Este Tribunal de Cuentas no comparte la alegación formulada puesto que la contratación a presupuesto fijo no es acorde con el citado artículo 281, y además no garantiza el respeto al principio de economía.

- a) Prestación del servicio de terapias respiratorias domiciliarias por la empresa 10, tanto en el Área Sanitaria de Ceuta como en la de Melilla. En ambos casos, el precio a abonar se fijó anualmente, pagadero por doceavas partes a mes vencido, independientemente del número de servicios prestados por la empresa.
- b) Gestión del transporte sanitario terrestre por carretera, tanto urbano como interurbano o interprovincial, para el traslado de enfermos, en vehículos especialmente acondicionados al efecto.

En el Área Sanitaria de Ceuta se formalizó un contrato con fecha 11 de agosto de 2011, con un período de vigencia máximo, incluidas prórrogas, de ocho años, por una cantidad fija abonada a mes vencido, independientemente del número de servicios efectivamente prestados<sup>29</sup>.

En el Área Sanitaria de Melilla, durante el ejercicio 2016 se encontraban en vigor dos contratos, del 1 de enero al 15 de junio de 2016 y del 16 de junio al 31 de diciembre de 2016, dándose en ambos contratos la circunstancia indicada.

- c) Para la gestión del transporte sanitario aéreo en el Área Sanitaria de Ceuta se suscribió un contrato el 5 de septiembre de 2014, con un plazo de ejecución de dos años, prorrogables por otros dos. El precio del servicio adjudicado constaba de una cantidad a tanto alzado de 2.397.600,00 euros, y, una vez superados los 80 traslados anuales, de una cantidad adicional por cada vuelo de 1.995,00 euros. Por tanto, hasta el límite de 80 vuelos anuales, se abonaba una cantidad fija independientemente del número de vuelos, sin tener en cuenta, por lo tanto, el grado de utilización del servicio.

### II.1.2.3. EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS

#### II.1.2.3.a) Realización de pruebas de resonancias magnéticas

La Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla<sup>30</sup> formalizó un contrato el 28 de diciembre de 2011 con la empresa 4, para que dicha empresa prestara en sus instalaciones servicios de diagnóstico por imagen prescritos por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla, al no contar dicho centro hospitalario con medios propios suficientes.

Del análisis de la facturación y de los soportes documentales justificativos emitidos por la citada empresa en el período 2014 a 2016 se han detectado incumplimientos del contrato y de los PCAP debido a la existencia de pruebas facturadas por la empresa adjudicataria que no habían sido prescritas por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla, de pruebas facturadas cuya prescripción por el médico contenía enmiendas, tachaduras o añadidos, de pruebas facturadas no realizadas, y por la facturación de importes superiores a los recogidos en el contrato. El importe total de estas facturaciones ascendió a 220.932,35 euros, habiéndose detectado lo siguiente:

#### 1. Incumplimientos de lo estipulado en el contrato:

---

<sup>29</sup> De acuerdo con el Pliego de Prescripciones Técnicas "El presente contrato tiene por objeto la gestión del servicio público de transporte sanitario terrestre, tanto urbano como interurbano e interprovincial, para el traslado de enfermos...".

En los traslados marítimos-terrestres desde Ceuta a la península, y viceversa, el coste de los billetes de las ambulancias, de sus tripulaciones, de los pacientes, de los acompañantes de éstos, y –en su caso- del personal sanitario del INGESA, será a cargo del adjudicatario..."

<sup>30</sup> Es el órgano de contratación del INGESA en la Ciudad Autónoma de Melilla, en virtud de las competencias atribuidas por la Resolución sobre delegación de competencias en diversos órganos del Instituto de 6 de marzo de 2006.

- a) Pruebas de resonancias magnéticas facturadas y pagadas por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla a la empresa adjudicataria del contrato, aun cuando las mismas no habían sido prescritas por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla, por importe total para los tres ejercicios de 92.997,75 euros.

Este hecho supone el incumplimiento de lo establecido en el apartado 17 del “Cuadro de Características del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares para la contratación de la gestión de servicios públicos, en la modalidad de concierto, mediante procedimiento abierto”, que establece que “carecerán de validez, por lo que no serán admitidos a facturación, los documentos de prescripción en los que el servicio facturado no se ajuste a los términos de la prescripción”.

Dentro de esta incidencia (pruebas facturadas y no prescritas) se han encontrado diferentes casuísticas:

- Pruebas en las que la empresa facturó la técnica de difusión, sin que existiera prescripción del médico especialista, por importe de 42.505,50 euros.
  - Facturación de un contraste paramagnético suministrado por vía endovenosa, denominado plus de contraste, sin la correspondiente prescripción del médico especialista. Además de facturarse indebidamente el plus de contraste, esta circunstancia determinó que la resonancia magnética prescrita como simple por el médico especialista se facturase por la empresa como una resonancia doble. El importe total ascendió a 45.339,59 euros.
  - Realización de otras pruebas no prescritas por el médico especialista, dando lugar a facturaciones superiores a las efectivamente prescritas por el especialista (importe total de 5.152,66 euros).
- b) Facturación por parte de la empresa adjudicataria, y pago por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla, de facturas en las que la prescripción del médico especialista contenía enmiendas, tachaduras o añadidos, por un importe total de 52.984,94 euros.

En este sentido, el ya aludido apartado 17 establecía que carecerían de validez y no serían admitidos a facturación “... los documentos con añadido, enmiendas o tachaduras en la prescripción o en la fecha en que ésta se produjo, salvo que fueran validadas por una nueva firma del facultativo que realizó la prescripción”.

- c) Facturación y pago de pruebas derivadas de resonancias magnéticas que fueron prescritas por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla, si bien la empresa adjudicataria no realizó la prueba prescrita.

Esta situación se deduce del análisis de los diferentes Informes Médicos de Exploración que deben acompañar a la facturación presentada, y en los que se describe el detalle de las pruebas efectuadas, facturadas por un importe total de 32.228,49 euros, no figurando, para los casos detectados, la realización de la prueba prescrita.

En consecuencia, la empresa adjudicataria incumplió la Cláusula Tercera “Régimen de pagos” del contrato de 28 de diciembre de 2011, que regula el pago de los servicios “efectivamente prestados”, y que hace referencia al “principio del servicio hecho” contenido en el artículo 21 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

En concreto, se han detectado los siguientes casos:

- Prescripción y facturación de resonancias magnéticas con y sin contraste, no acreditándose en los Informes Médicos de Exploración la utilización de dicho contraste en la realización de la prueba, lo que determina que se facturara indebidamente el plus

de contraste y una resonancia doble en lugar de una simple, por un importe superior al correcto (importe total abonado de 5.738,84 euros).

- Prescripción por parte del facultativo de una resonancia magnética abdomino-pélvica, facturando la empresa una resonancia magnética doble (abdomen y pelvis), cuando en los Informes Médicos de Exploración solo se acreditaba la realización de una resonancia simple (en unos casos de abdomen y en otros de pelvis), pero nunca la realización de resonancias magnéticas en ambas partes del cuerpo. El importe al que ascendieron estas pruebas fue de 19.352,96 euros
  - Prescripción por el facultativo, y facturación por la empresa adjudicataria, de una prueba sin que de lo que se indica en el Informe Médico de exploración se deduzca que la misma se ha realizado, lo que determinaría que se ha facturado un importe superior de 2.337,97 euros.
  - Prescripción y realización de pruebas de resonancias magnéticas que se facturaron como estudios dobles, cuando dicha prueba debió haberse facturado como una simple, en virtud de lo estipulado en el contrato, por importe de 4.798,72 euros.
- d) Facturación y pago por la realización de pruebas de resonancia magnética con utilización de técnicas específicas en las que, aun cuando la prueba está prescrita por el médico especialista del Hospital Comarcal de Melilla, la empresa emitió una facturación superior a la estipulada en el Antecedente II. "Adjudicación" del contrato suscrito con la empresa en fecha 28 de diciembre de 2011.

Concretamente, el importe al que ascienden estas pruebas alcanzó los 42.721,17 euros, con el siguiente detalle:

- Prescripción y realización de pruebas mediante la denominada técnica de difusión, por importe de 21.879,04 euros, figurando en el contrato que se facturaría como una única prueba. Sin embargo, la empresa adjudicataria presentó facturas que fueron pagadas añadiendo al importe de la técnica de difusión, de forma improcedente, el coste de una resonancia simple.
- Facturación del "*Plus de contraste*" por unidades, por un importe que ascendió a 7.970,69 euros, cuando según lo determinado en contrato, la utilización de contraste se debió facturar como un único precio (53,61 euros) independientemente del número de unidades que se utilizaran para la realización de la prueba. Dicha facturación solo se efectuó durante los meses de enero a agosto de 2014, facturándose correctamente a partir de esta fecha.
- Prescripción y realización de resonancias magnéticas de mamas por importe de 12.871,44 euros, previstas en el contrato como una única prueba, por importe unitario de 238,36 euros, si bien la empresa adjudicataria facturó doble importe (una resonancia por cada mama). Todas las prescripciones que contienen esta deficiencia están efectuadas por la persona física 1, anterior Jefe del Sección de Radiología del Hospital Comarcal de Melilla.

Asimismo, según constaba en la documentación remitida el 20 de febrero de 2018 por el Director del INGESA al Tribunal de Cuentas, la persona física 1 poseía, hasta su venta el 8 de julio de 2014, el 10% de las acciones de la empresa 4, la empresa adjudicataria del contrato.

El importe total derivado de los hechos anteriormente descritos se detalla en el siguiente cuadro:

**CUADRO N.º 9**  
**INCUMPLIMIENTOS DEL CONTRATO EN RELACIÓN CON LA REALIZACIÓN DE**  
**RESONANCIAS MAGNÉTICAS**  
**Ejercicios 2014, 2015 y 2016**  
**(Euros)**

Supuesto	2014	2015	2016	TOTAL
A.- PRUEBAS NO PRESCRITAS	33.698,47	38.999,14	20.300,14	92.997,75
B.- PRUEBAS CON ENMIENDAS, TACHADURAS O AÑADIDOS EN LA PRESCRIPCIÓN	9.907,59	20.291,28	22.786,07	52.984,94
C.- PRUEBAS PRESCRITAS PERO NO REALIZADAS	13.422,63	15.060,73	3.745,13	32.228,49
D.- PRUEBAS FACTURADAS POR IMPORTE SUPERIOR A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO	35.342,21	6.495,08	883,88	42.721,17
<b>Importe total</b>	<b>92.370,90</b>	<b>80.846,23</b>	<b>47.715,22</b>	<b>220.932,35</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

Asimismo, y en relación con estas circunstancias, es necesario hacer referencia a que el contrato suscrito con fecha 24 de abril de 2017 con la empresa 1, nueva adjudicataria de los servicios de diagnóstico médico por imagen para el Área Sanitaria de Melilla, incluye de forma específica en la Cláusula Segunda del PCAP los extremos anteriormente mencionados como causa que permite no pagar las facturas presentadas.

Por otra parte, conviene precisar que la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla rechazó, por alguno de los motivos anteriormente expuestos, el pago parcial de las facturas emitidas por la empresa 4, correspondientes a los meses de marzo a junio del ejercicio 2016, por un importe de 44.903,53 euros.

2. Además de los incumplimientos de contrato y el PCAP mencionados anteriormente, se han observado una serie de hechos que conllevan el riesgo de que pudiera existir una facturación incorrecta en el periodo 2014 a 2016. Los hechos que determinan el citado riesgo son los siguientes:

a) Realización de resonancias magnéticas de próstata con la técnica de espectroscopia prescrita por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla, sin que esta técnica figure incluida en el listado de pruebas previstas en el contrato. En consecuencia, no puede valorarse si el precio pagado por cada prueba es el correcto. El número de pruebas de este tipo realizadas y facturadas fue de 122 y su importe ascendió a 33.835,60 euros.

En referencia a esta prueba, es necesario precisar que el nuevo contrato de fecha 24 de abril de 2017, suscrito con la empresa 1, contempla un importe de 150 euros como precio de la misma, cifra muy inferior a la facturada durante los años analizados por la empresa 4, que fue de 277,39 euros por prueba.

b) Prescripción de resonancias magnéticas de mamas, efectuadas por la persona física 1, anterior Jefe de la Sección de Radiología del Hospital Comarcal de Melilla, sin especialidad en ginecología, el cual, como ya se ha señalado, poseía el 10% de las acciones de la empresa 4.

Las prescripciones efectuadas por el citado médico cuentan con el máximo nivel de pruebas, e incluyen en todos los casos analizados la totalidad de técnicas adicionales previstas en el contrato y PCAP (plus de contraste y técnicas de difusión), siendo en consecuencia la facturación, en estas resonancias magnéticas, superior al resto de



resonancias de mamas prescritas por otros médicos especialistas en ginecología del Hospital Comarcal de Melilla.

El número de pruebas facturadas en este caso ascendió a 74 y su importe total a 85.368,23 euros. Hay que precisar que, de este importe, 30.238,36 euros ya se encuentran contenidos como incorrectamente facturados en los tres apartados del punto 1.d) de este subepígrafe.

- c) Prescripción de resonancias magnéticas óseas con técnica de difusión no detallada explícitamente en el contrato ni en el PCAP suscrito con la empresa, efectuándose según los Informes Médicos de Exploración una resonancia de cuerpo entero y otra de columna completa, por las que se facturó un importe por prueba de 518,78 euros, sin que se pueda concretar la correspondencia del citado importe con los precios unitarios de las pruebas previstas en el contrato. El número de pruebas fue igual a nueve y su importe ascendió a 4.669,04 euros.
- d) Prescripción de resonancias magnéticas de columna, facturando la empresa y pagando la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla una resonancia magnética simple (cervical) y una doble (dorsal y lumbar), a pesar de que del Informe Médico de Exploración hace referencia a una "*columna completa*" por lo que se trataría de una única resonancia magnética.

El importe por cada prueba de "*columna completa*" no estaba previsto con esta denominación en el contrato ni en el PCAP. Aun cuando dicho importe debió ser superior al de una resonancia magnética simple, tal y como contempla en estos casos el catálogo de exploraciones de la Sociedad Española de Radiología Médica, en ningún caso debió alcanzar el importe facturado por la empresa, que fue el de una resonancia simple más una doble. El número de pruebas de este caso ascendió a 182, y su importe a 78.420,56 euros.

- e) Inexistencia de soporte documental (prescripción e Informe Médico de Exploración) que acompañe a la factura. El número de pruebas en las que se ha detectado esta circunstancia fue de siete y su importe ascendió a 4.596,19 euros.
- f) Inexistencia de Informes Médicos de Exploración por todas aquellas pruebas solicitadas por la Inspección Médica de la Dirección Territorial del INGESA en Melilla correspondientes a los ejercicios 2014 y 2015, ya que los citados Informes fueron destruidos sin ser incluidos en la aplicación informática "*HP Doctor*", que recoge toda la información referente a las pruebas realizadas. El número de pruebas fue de doce y su importe ascendió a 3.905,03 euros.

El importe total derivado de los hechos anteriormente descritos se detalla en el siguiente cuadro:

**CUADRO N.º 10**  
**RIESGO DE EXCESO DE FACTURACIÓN EN RESONANCIAS MAGNÉTICAS**  
**Ejercicios 2014, 2015 y 2016**  
**(Euros)**

Supuesto	2014	2015	2016	Total
CON ESPECTROSCOPIA	16.550,03	14.451,87	2.833,70	33.835,60
PRESCRITAS POR PERSONA FÍSICA 1	45.349,09	9.780,78	0,00	55.129,87
ÓSEA CON DIFUSIÓN	583,63	2.334,52	1.750,89	4.669,04
COLUMNA	30.589,84	32.595,16	15.235,56	78.420,56
INEXISTENCIA SOPORTE DOCUMENTAL	2.067,71	2.528,48	0,00	4.596,19
INEXISTENCIA INFORMES EN PRUEBAS SOLICITADAS POR LA INSPECCIÓN MÉDICA	3.905,03	0,00	0,00	3.905,03
<b>TOTAL</b>	<b>99.045,33</b>	<b>61.690,81</b>	<b>19.820,15</b>	<b>180.556,29</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

*II.1.2.3.b) Realización de pruebas de tomografía axial computarizada*

El contrato de fecha 28 de diciembre de 2011 suscrito con la empresa 4, además de las pruebas de resonancias magnéticas, recogía la adjudicación de un segundo lote para la realización de pruebas de tomografía axial computarizada (TAC).

Al igual que se detalla en el subepígrafe anterior, del análisis de la facturación y soporte documental justificativo emitido por la citada empresa en el período 2014 a 2016 se han detectado incumplimientos del contrato y de los PCAP, debido a la existencia de pruebas facturadas por la empresa adjudicataria que no habían sido prescritas por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla, de pruebas facturadas cuya prescripción médica contenía enmiendas, tachaduras o añadidos y de pruebas facturadas pero no realizadas.

El importe total de estas facturaciones ascendió a 71.467,63 euros, habiéndose detectado lo siguiente:

1. Incumplimientos de lo estipulado en el contrato:

- a) Pruebas de TAC facturadas y pagadas por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla a la empresa adjudicataria del contrato, aun cuando las mismas no habían sido prescritas por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla, por importe total para los tres ejercicios de 8.927,35 euros.

Este hecho se produce por el incumplimiento de lo establecido en el apartado 17 del "Cuadro de Características del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares para la contratación de la gestión de servicios públicos, en la modalidad de concierto, mediante procedimiento abierto".

Dentro de esta incidencia (pruebas facturadas y no prescritas) se han encontrado diferentes casuísticas:

- Pruebas en las que la empresa factura, además del Angio TAC prescrito por el médico especialista, un TAC de corazón por importe de 7.153,89 euros.

- Facturación de pruebas de TAC vascular de coronarias no prescritas por el médico especialista, por importe de 984,13 euros, cuando la prescripción del facultativo era exclusivamente Cardio TAC.
  - Realización y facturación de pruebas diferentes a las prescritas por el médico especialista, por importe de 789,33 euros.
- b) Facturación por parte de la empresa adjudicataria, y pago por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla, de facturas cuya prescripción del médico especialista contenía enmiendas, tachaduras o añadidos, por un importe total de 9.970,12 euros, incumpliendo el ya aludido apartado 17.
- c) Facturación y pago de pruebas derivadas de TAC que fueron prescritas por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla, si bien la empresa adjudicataria no realizó la prueba prescrita o la facturó por importe superior.

Esta situación se deduce del análisis de las prescripciones y los Informes Médicos de Exploración que deben acompañar a la facturación presentada y en los que se describe el detalle de las pruebas efectuadas, por un importe de 52.570,16 euros, en los que no figuraba, para los casos detectados, la realización de la prueba prescrita, o bien donde el importe facturado era superior a la prueba prescrita.

En consecuencia, la empresa adjudicataria incumplió la Cláusula Tercera “*Régimen de pagos*” del contrato de 28 de diciembre de 2011, que regula el pago de los servicios “*efectivamente prestados*”, y que hace referencia al “*principio del servicio hecho*” contenido en el artículo 21 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

En concreto, se han detectado los siguientes casos:

- Prescripción por parte del facultativo de un TAC abdomino-pélvico, facturando la empresa un TAC doble (abdomen y pelvis), cuando en los Informes Médicos de Exploración solo se acreditaba la realización de un TAC simple. El importe al que ascendieron estas pruebas fue de 37.462,39 euros.
- Prescripción y facturación de pruebas de Angio TAC de troncos Supra-Aórticos y de Polígono de Willis, cuando de los Informes Médicos de Exploración solo se deduce la realización de un solo Angio TAC. El importe al que ascendieron estas pruebas es de 5.664,40 euros.
- Prescripción y facturación de pruebas de Angio TAC de Aorta y Miembros Inferiores, cuando en los Informes Médicos de Exploración solo se acredita la realización de un Angio TAC. El importe al que ascendieron estas pruebas es de 8.568,72 euros.

A mayor abundamiento, el catálogo de exploraciones de la Sociedad Española de Radiología Médica contempla las tres pruebas señaladas anteriormente como una única prueba.

- Ausencia de realización de la prueba prescrita y facturada, ya que en el Informe Médico de Exploración no constaba la realización de dicha prueba, lo que determina que se haya facturado por un importe superior de 874,65 euros.

El importe total derivado de los hechos anteriormente descritos se detalla en el siguiente cuadro:

**CUADRO N.º 11**  
**INCUMPLIMIENTOS DEL CONTRATO EN RELACIÓN CON LA REALIZACIÓN DE TAC**  
**Ejercicios 2014, 2015 y 2016**  
**(Euros)**

Supuesto	2014	2015	2016	TOTAL
A.- PRUEBAS NO PRESCRITAS	3.829,69	3.500,74	1.596,92	8.927,35
B.- PRUEBAS CON ENMIENDAS, TACHADURAS O AÑADIDOS EN LA PRESCRIPCIÓN	4.159,52	5.319,56	491,04	9.970,12
C.- PRUEBAS PRESCRITAS PERO NO REALIZADAS	13.601,88	34.655,28	4.313,00	52.570,16
<b>Importe total</b>	<b>21.591,09</b>	<b>43.475,58</b>	<b>6.400,96</b>	<b>71.467,63</b>

Fuente: elaboración del Tribunal de Cuentas.

2. Además de los incumplimientos de contrato y los PCAP mencionados anteriormente, se han observado una serie de hechos que conllevan el riesgo de que pudiera existir una facturación incorrecta en el periodo 2014 a 2016. Los hechos que determinan el citado riesgo son los siguientes:

- a) Realización y facturación por parte de la empresa de 276 pruebas de TAC lumbar por importe de 31.016,66 euros, cuando la prueba prescrita por el médico especialista era una densitometría. En relación con esta última prueba, es necesario señalar que no se encuentra contemplada en el contrato suscrito el 28 de diciembre de 2011, por lo que no se puede valorar si el precio pagado por cada prueba es el correcto. Asimismo, el catálogo de exploraciones de la Sociedad Española de Radiología Médica contempla la realización de la Densitometría como una única prueba no consistente en la realización de un TAC, sino de una radiografía simple.
- b) Prescripción de colonoscopia virtual, facturando la empresa adjudicataria dos TAC dobles, llegando a facturar en el ejercicio 2014 hasta cuatro TAC por la misma prueba. El número de pruebas fue de 125 y el importe ascendió a 38.546,64 euros.

Es necesario precisar que el catálogo de exploraciones de la Sociedad Española de Radiología Médica contempla la realización de la Colonoscopia virtual como una única prueba. Asimismo, el nuevo contrato de fecha 24 de abril de 2017, suscrito con la empresa 1, los contempla como una única prueba independiente, con un precio de 104 euros, lo que contrasta con el importe pagado en los ejercicios 2015 y 2016 (245,52 euros), y principalmente en el ejercicio 2014 (491,04 euros).

- c) Prescripción de UROTAC, no figurando explícitamente dicha prueba en el contrato suscrito con la empresa, efectuándose según los Informes Médicos de Exploración dos TAC dobles abdomino-pélvicos con y sin contraste.

Aun cuando esta prueba está prevista en el catálogo de exploraciones de la Sociedad Española de Radiología Médica por un importe superior al de un TAC simple, en ningún caso debió alcanzar el importe facturado por la empresa. El número de pruebas ascendió a 136 y su importe a 19.641,60 euros.

El importe total derivado de los hechos anteriormente descritos se detalla en el siguiente cuadro:

**CUADRO N.º 12**  
**RIESGO DE EXCESO DE FACTURACIÓN EN TAC**  
**Ejercicios 2014, 2015 y 2016**  
**(Euros)**

Supuesto	2014	2015	2016	Total
TAC LUMBAR	7.628,56	11.076,15	12.311,95	31.016,66
COLONOSCOPIA VIRTUAL	22.342,32	8.347,68	7.856,64	38.546,64
UROTAC	2.209,68	17.431,92	0,00	19.641,60
<b>TOTAL</b>	<b>32.180,56</b>	<b>36.855,75</b>	<b>20.168,59</b>	<b>89.204,90</b>

Fuente: elaboración del Tribunal de Cuentas.

#### II.1.2.4. SUPUESTO ESPECIAL DE ADJUDICACIÓN DEL SERVICIO DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN EL ÁREA SANITARIA DE MELILLA

La Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla formalizó con fecha 28 de diciembre de 2011 un contrato de gestión de servicios públicos para la realización de técnicas de diagnóstico por imagen en el Área Sanitaria de Melilla con la empresa 4, por un período de tres años con posibilidad de prórroga.

El 27 de noviembre de 2014, la citada Gerencia comunicó a la empresa adjudicataria la decisión de no prorrogar el contrato a su vencimiento, iniciando un proceso de tramitación de un nuevo contrato. No obstante, este mismo comunicado establecía que *“por razones de interés público sanitario, esta empresa continuará prestando dichos servicios en las condiciones actuales hasta la entrada en vigor del nuevo concierto que el INGESA está preparando”*.

Mediante Resolución de 29 de septiembre de 2015 del Director del INGESA se procede a la adjudicación por procedimiento abierto de los servicios de diagnóstico médico por imagen para el Área Sanitaria de Melilla a la empresa 4.

Contra dicha resolución se interpone, con fecha 18 de octubre de 2015, un recurso especial en materia de contratación ante el Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales por parte de la empresa 1, empresa licitante en el citado procedimiento, alegando entre otros, los siguientes argumentos:

1. Existencia de un funcionario adscrito al puesto de trabajo de Jefe del Servicio de Radiología en el Hospital Comarcal de Melilla (persona física 1) y a su vez, copropietario hasta el ejercicio 2014 de la empresa 4, ya que poseía el 10% de sus acciones. Este funcionario se encontraba en excedencia desde el 13 de julio de 2015, dos días antes de que finalizara el plazo de presentación de ofertas para la adjudicación del citado contrato.
2. Subcontratación con terceros de la realización parcial de la prestación, cuando del contenido de las cláusulas del PCAP, se deduce que el contrato ha de ser ejecutado directamente por el adjudicatario.

El objeto de la subcontratación es la realización de pruebas de ortopantomografía y mamografía por la empresa 11, de la que es copropietario y administrador único el funcionario anteriormente mencionado (persona física 1).

Dicho recurso es desestimado por el citado Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales con fecha 4 de diciembre de 2015.

Asimismo, con fecha 3 de febrero de 2016, la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla comunica a la empresa 4, que el INGESA *“...no podrá derivar ningún paciente a su clínica para la práctica de pruebas de imagen, hasta que no proceda a subsanar las deficiencias advertidas por los técnicos*

de la Ciudad Autónoma o, en su caso, hasta la adjudicación del correspondiente contrato de servicio conforme a la normativa vigente”, acto contra el cual la empresa interpone, el 9 de marzo de 2016, un recurso contencioso-administrativo ante el Juzgado Central de lo Contencioso-Administrativo n.º 7.

Durante este proceso, el 11 de febrero de 2016, la Dirección del INGESA acuerda la suspensión de la formalización del contrato administrativo con la empresa 4, por razones de interés público, y con fecha 24 de abril de 2017 formaliza un nuevo contrato de servicios de diagnóstico médico por imagen con la empresa 1.

El 21 de julio de 2017, se emite Sentencia por el citado Juzgado “...estimando el recurso contencioso administrativo interpuesto..., en nombre y representación de empresa 4. contra el acuerdo adoptado por el Gerente de Atención sanitaria de Melilla declarando que dicho acto no es conforme a derecho, así como el derecho de la actora a seguir prestando sus servicios en los términos del acto de fecha 21-11-2014”.

En este sentido, argumenta la Sentencia que, para poder declarar la nulidad en la adjudicación que pretende el INGESA, sería necesario declararlo en otro acto que reuniera los requisitos formales y materiales exigidos por la Ley.

A lo anterior hay que añadir que la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla siguió remitiendo pacientes para la realización de pruebas de diagnóstico por imagen a la empresa 4 durante todo el ejercicio del 2017, tal y como se detalla a continuación:

**CUADRO N.º 13**  
**IMPORTES FACTURADOS EN RELACIÓN CON EL SERVICIO DE REALIZACIÓN DE**  
**TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**  
**Ejercicio 2017**  
**(Euros)**

Meses	Importe RMN	Importe TAC	Total
Enero	12.334,83	0,00	12.334,83
Febrero	10.970,08	0,00	10.970,08
Marzo	12.767,53	476,72	13.244,25
Abril	10.166,59	84,91	10.251,50
Mayo	14.150,51	0,00	14.150,51
Junio	10.702,66	231,20	10.933,86
Julio	8.101,10	0,00	8.101,10
Agosto	10.179,07	0,00	10.179,07
Septiembre	8.192,37	0,00	8.192,37
Octubre	9.327,71	0,00	9.327,71
Noviembre	12.282,83	0,00	12.282,83
Diciembre	11.151,93	331,20	11.483,13
<b>TOTAL FACTURADO</b>			<b>131.451,24</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

Tal y como puede observarse, el importe total facturado derivado de la prestación de servicios de diagnóstico por imagen (RMN y TAC) ascendió en el ejercicio 2017 a 131.451,24 euros, de los que 84.650,58 euros correspondieron al período comprendido entre mayo y diciembre, meses en los

que ya se encontraba el vigor el nuevo contrato suscrito con la nueva empresa adjudicataria y que contemplaba precios unitarios menores<sup>31</sup>.

En las alegaciones formuladas por el INGESA se señala que, sin dejar de cumplir el Auto judicial de marzo de 2016, esta Entidad intentó, mediante el encargo transitorio de realización de pruebas diagnósticas a otra empresa (empresa 1), minimizar los perjuicios económicos de seguir pagando - durante la tramitación del procedimiento iniciado en 2015- dichas pruebas a la empresa que los estaba realizando en 2014 a precios muy superiores, tal y como figura en el cuadro nº 5 del presente informe. No obstante, parte de estas pruebas se realizaron al margen de los procedimientos de adjudicación previstos en el TRLCSP, tal y como se detalla en el subepígrafe II.1.2.2 de este Informe.

## II.2. PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN, FACTURACIÓN Y REVISIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS

### II.2.1. Las prestaciones farmacéuticas dispensadas a través de oficinas de farmacia

El INGESA imputó como obligaciones reconocidas netas dentro del concepto presupuestario 489 "Farmacia" un importe de 29.880.466,04 euros en el ejercicio 2016, de las cuales 28.854.602,75 euros se correspondían con recetas médicas expedidas en modelos oficiales para la prestación farmacéutica, dispensada en oficinas de farmacia y facturándose de acuerdo con el concierto suscrito entre el antiguo INSALUD y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), las cuales representaron el 96,57% del total de las obligaciones imputadas como gastos de farmacia. El restante 3,43% (1.025.863,29 euros) correspondió a efectos accesorios, vacunas, tiras reactivas, medicamentos extranjeros y reintegros de gastos de farmacia.

El cuadro siguiente refleja la liquidación presentada por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) de Ceuta y Melilla por el gasto de estas recetas médicas en el ejercicio 2016:

**CUADRO N.º 14**  
**LIQUIDACIÓN DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

Conceptos	Importes
PRECIO NETO FACTURADO	35.442.737,00
APORTACIONES BENEFICIARIOS	(3.543.977,23)
<b>GASTO PREVIO FACTURADO</b>	<b>31.898.759,77</b>
DESCUENTO REAL DECRETO-LEY 8/2010	(1.571.098,21)
DESCUENTO REAL DECRETO 1193/2011	(1.303.957,58)
<b>LIQUIDACIÓN</b>	<b>29.023.703,98</b>

Fuente: Información del INGESA.

El gasto farmacéutico a través de las recetas dispensadas en el ejercicio 2016 ascendió a 29.023.703,98 euros (se corresponde con la facturación de recetas dispensadas en los meses de enero a diciembre 2016), mientras que el importe de 28.854.602,75 euros corresponde a las obligaciones reconocidas netas y los pagos realizados a los COF por las recetas médicas dispensadas en el periodo de diciembre del 2015 a noviembre del 2016.

<sup>31</sup> El INGESA manifiesta en sus alegaciones que el pago a la empresa 4 desde la adjudicación del nuevo contrato en abril de 2017 se debe a la derivación de pacientes con indicaciones de claustrofobia, que necesariamente debían realizar la prueba médica en la citada empresa (en Melilla, únicamente la citada empresa cuenta con una resonancia abierta). Sin embargo, no aporta justificación alguna que evidencie tales afirmaciones.

## II.2.1.1. CONCIERTO SUSCRITO CON EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS

Con fecha 17 de noviembre de 1998, el Presidente Ejecutivo del antiguo INSALUD, el Director General de la Tesorería General de la Seguridad Social, y el Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos suscribieron un concierto para *“desarrollar plenamente la actividad integral del farmacéutico mediante el establecimiento de unas pautas a seguir en un régimen amplio de colaboración con el INSALUD”*.

El concierto suscrito tenía una duración de cuatro años y podría ser prorrogado tácitamente por períodos anuales, si no lo denunciaba ninguna de las partes con tres meses de antelación a la fecha de vencimiento.

Respecto a dicho concierto, cabe destacar lo siguiente:

### 1. Obsolescencia del concierto:

- a) El ejercicio de suscripción fue 1998, año en el que el INGESA se denominaba INSALUD, y en el que todavía no había culminado la totalidad de los traspasos de funciones y servicios del INSALUD a todas las Comunidades Autónomas. Por tanto, el concierto aplicable en la actualidad por el INGESA no está adaptado a su actual ámbito competencial.
- b) El concierto no recoge todas las modificaciones normativas existentes tras su suscripción.

Aun cuando las partes han tratado de solventar esta circunstancia mediante la aprobación de distintas adendas, estas medidas solo suponen una solución parcial a la manifiesta antigüedad del concierto.

### 2. El concierto recoge unos requisitos más flexibles que los establecidos en la normativa vigente para la aceptación por el INGESA de las recetas dispensadas por las oficinas de farmacia de Ceuta y Melilla.

Así, el citado concierto posibilita la financiación de recetas en las que falte algún requisito previsto en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y ordenes de dispensación en relación con el medicamento prescrito (forma farmacéutica, forma de administración, formato, número de envases y posología), siempre que pueda identificarse el producto y se avale la dispensación con la firma del farmacéutico. Por tanto, dicho concierto flexibiliza, en la práctica, las condiciones en materia de validez y admisibilidad de las recetas médicas en favor de los COF. En concreto, es necesario destacar lo siguiente:

- a) No constituye motivo de penalización la ausencia de datos del prescriptor relativos al domicilio profesional, localidad y especialidad del mismo.
- b) Establece como motivos de anulación del margen profesional del farmacéutico, aunque ello no supone la nulidad total de las recetas, la ausencia en las mismas de alguno de los datos de consignación obligatoria relativos al titular o beneficiario (nombre, dos apellidos, año de nacimiento y número de identificación), así como la dispensación fuera del plazo de diez días naturales desde la fecha de prescripción o visado, con las excepciones relativas a las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas.
- c) También establece como motivos de anulación del margen profesional, pero no como causa de anulación, las recetas en las que se dispense un medicamento que, de conformidad con la posología prescrita por el facultativo, permita una duración del tratamiento mayor del tiempo reglamentariamente establecido (tres meses con carácter general).



- d) No es causa de anulación total la ausencia de fecha dispensación. Además, los añadidos, enmiendas o tachaduras de la fecha de prescripción que no afecten al plazo de validez de la receta no requieren ser salvados por el personal responsable.

#### II.2.1.2. PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN, PAGO Y REVISIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS

Las prestaciones farmacéuticas comprenden el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes reciban los medicamentos y productos sanitarios de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo adecuado y al menor coste posible para ellos y para el SNS.

Las oficinas de farmacia dispensan los medicamentos y productos sanitarios prescritos en receta oficial. El pago del importe de los medicamentos en las oficinas de farmacia de Ceuta y Melilla se efectúa parcialmente por los asegurados en el momento de la dispensación y el resto es financiado por el INGESA tras la validación de las facturas que recibe mensualmente de los COF.

De acuerdo con el concierto suscrito entre el antiguo INSALUD y el CGCOF, los COF deberán asumir en su totalidad el coste de la gestión de la facturación de las recetas, lo que comprende, con carácter general, la recogida, grabación de los datos e imágenes de las recetas y envío de la facturación, funciones que tienen subcontratadas con una empresa.

A su vez, le corresponde al INGESA la comprobación y validación de la facturación recibida de los dos COF, a cuyos efectos realiza una prevalidación y una revisión posterior que efectúan los Inspectores Farmacéuticos de las Direcciones Territoriales en Ceuta y Melilla.

Así, es a través de la aplicación Digitalis<sup>32</sup> mediante la cual las Inspecciones Farmacéuticas de las Direcciones Territoriales de Ceuta y Melilla obtienen informes que identifican recetas con diferentes tipos de incidencias (cambios de agrupación homogénea, cambio de fórmula farmacéutica, cambio de principio activo, cambio de dosis, precios superiores a Nomenclátor, entre otros) o bien incidencias por razón de fecha, como recetas dispensadas una vez expirado el plazo de validez.

Cuando se detecta alguna causa de nulidad contemplada en el concierto suscrito con los COF, se elaboran listados de recetas con incidencias, documentos de devolución y descuentos a las oficinas de farmacia, y se remite un informe mensual de incidencias por parte de la Dirección Territorial a los Servicios Centrales del INGESA.

De forma manual se detectan otros tipos de incidencias al margen de Digitalis, como la ausencia de datos de consignación obligatoria (DNI, código de identificación personal del paciente, firma, o sello del facultativo).

La factura global, de acuerdo con lo establecido en el concierto, se remite mensualmente por los COF a las Direcciones Territoriales de Ceuta y Melilla antes del día 10 del mes siguiente al que corresponda la facturación. También se reciben en las Direcciones Territoriales las imágenes y las recetas en soporte papel.

El importe total satisfecho por el INGESA a los COF en el ejercicio 2016 presentaba el siguiente desglose:

---

<sup>32</sup> Digitalis es una aplicación web desarrollada con la finalidad de evaluar los distintos conceptos relacionados con la prestación farmacéutica a través de la receta médica. El sistema se alimenta con datos provenientes, entre otros, de la facturación de recetas por parte de los Colegios Oficiales de Farmacia.

**CUADRO N.º 15**  
**FACTURACIÓN PRESENTADA POR LOS COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

Concepto	Ceuta	Melilla	Total
<b>NÚMERO DE RECETAS FACTURADAS</b>	<b>1.183.894</b>	<b>990.309</b>	<b>2.174.203</b>
NÚMERO DE RECETAS DESCONTADAS	111	1.696	1.807
<b>TOTAL RECETAS ABONADAS</b>	<b>1.183.783</b>	<b>988.613</b>	<b>2.172.396</b>
<b>BRUTO FACTURA (PVP)</b>	<b>18.743.648,14</b>	<b>16.700.241,93</b>	<b>35.443.890,07</b>
Aportaciones beneficiarios	(1.982.696,46)	(1.561.280,77)	(3.543.977,23)
Deducciones Real Decreto-ley 8/2010 y Real Decreto 823/2008	(1.522.287,68)	(1.352.768,11)	(2.875.055,79)
<b>LÍQUIDO FACTURA</b>	<b>15.238.664,00</b>	<b>13.786.193,05</b>	<b>29.024.857,05</b>
Descuentos netos en la facturación por comprobaciones	15.871,60	(17.024,67)	(1.153,07)
<b>IMPORTE A PAGAR</b>	<b>15.254.535,60</b>	<b>13.769.168,38</b>	<b>29.023.703,98</b>

Fuente: Información suministrada por el INGESA.

El Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación establece que las recetas médicas pueden emitirse en soporte papel, para cumplimentación manual o informatizada, y en soporte electrónico, y deberán ser complementadas con una hoja de información al paciente, de entrega obligada al mismo, en la que se recogerá la información del tratamiento necesaria para facilitar el uso adecuado de los medicamentos o productos sanitarios prescritos.

La receta electrónica es, por tanto, una modalidad de servicio digital de apoyo a la asistencia sanitaria que permite al facultativo emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos, basados en las tecnologías de la información y comunicaciones, que posteriormente pueden ser objeto de dispensación. Así, uno de los principales objetivos de la implantación de la receta electrónica es conseguir que el paciente pueda obtener su medicación en cualquier oficina de farmacia, independientemente del lugar donde le hayan realizado la prescripción.

Su regulación se encuentra contenida en el citado Real Decreto 1718/2010. Por su parte, el INGESA y el CGCOF suscribieron el 10 de abril de 2013 un acuerdo que se incorporó como una nueva adenda al concierto suscrito en 1998, donde se establecían las condiciones de dispensación y facturación de las prescripciones realizadas a través de receta electrónica.

Según los datos proporcionados por los Servicios Centrales del INGESA y extraídos de la aplicación Digitalis, el número total de recetas dispensadas y facturadas por los COF de Ceuta y Melilla en el ejercicio 2016 ascendió a 1.183.894 y a 990.309 respectivamente, de las que 880.904 en Ceuta y 742.274 en Melilla eran recetas electrónicas, representando el 74,66% del total de las recetas facturadas en dicho ejercicio en ambas Ciudades Autónomas. Por otro lado, el número de envases prescritos y facturados durante el mes de diciembre de 2016 a través de receta electrónica representó el 81,96% del total de envases, mientras que el porcentaje que representaba la media de los envases facturados en receta electrónica en el resto del SNS en dicho mes ascendió a un 87,10%.

Por lo que respecta a Ceuta y Melilla, estos porcentajes se refieren únicamente al Área de Atención Primaria, puesto que en el ejercicio 2016 no se efectuaban prescripciones en receta electrónica en el Área de Atención Especializada, fundamentalmente debido a que la aplicación de receta electrónica utilizada en las Áreas de Atención Primaria de Ceuta y Melilla (e-SIAP) no se encontraba disponible ni operativa en el Hospital Universitario de Ceuta ni en el Hospital Comarcal de Melilla en el ejercicio 2016.

Asimismo, de acuerdo con las estadísticas publicadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los facultativos de los centros de Atención Primaria del SNS, incluyendo los del INGESA, pueden prescribir a través de receta electrónica. Sin embargo, a diferencia de la práctica totalidad del resto del SNS, en los centros de Atención Primaria del INGESA no puede realizarse la prescripción mediante receta electrónica para, al menos, los medicamentos estupefacientes, ni tampoco para los productos dietoterápicos.

Como consecuencia de lo anterior, el INGESA se sitúa en la posición 14 dentro del SNS (conjunto de las 17 Comunidades Autónomas e INGESA) respecto al porcentaje que representa el número de envases dispensados y facturados a través de receta electrónica en el ejercicio 2016, superando únicamente a cuatro Servicios de Salud autonómicos.

Por otra parte, del análisis de la aplicación e-SIAP, utilizada por el INGESA, entre otras funciones, para la prescripción de recetas electrónicas, se han detectado las siguientes debilidades:

1. No alerta de la existencia de duplicidades en la prescripción, permitiendo la dispensación de recetas a un mismo paciente de un mismo medicamento e igual presentación.

Estas duplicidades vienen ocasionadas principalmente por errores de los facultativos, si bien también se han detectado supuestos en los que la duplicidad fue intencionada para que el paciente pudiera acudir con una menor frecuencia a la oficina de farmacia.

2. Respecto al visado de receta electrónica, no identifica al médico que realiza dicho visado, dato necesario para cualquier modificación posterior, no existiendo un sistema de alerta que controle las posibles duplicidades de visado electrónico para un mismo código nacional y mismo paciente.

Asimismo, la fecha de validez de la receta no se ajusta a la fecha de autorización de visado, sino a la fecha de prescripción del médico, lo que puede provocar que se anulen indebidamente prescripciones por este motivo durante el período de validez de la prescripción (10 días).

## **II.2.2. Las prestaciones farmacéuticas dispensadas por los Hospitales Universitario de Ceuta y Comarcal de Melilla**

El importe de gasto farmacéutico por las prestaciones dispensadas por las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla directamente a sus asegurados sin la intervención de los COF, ascendió a 16.655.383,62 euros, imputados al subconcepto 221.1 "*Productos farmacéuticos y hemoderivados*" del presupuesto de gastos, siendo el principal porcentaje de gasto el relativo a los productos farmacéuticos de uso hospitalario, que ascendió a 11.712.695,69 euros (70,32% del total), mientras que el consumo de medicamentos distintos a los de uso hospitalario representaron el 29,68% del total (27,11% de productos farmacéuticos y 2,57% de hemoderivados).

### **II.2.2.1. ADQUISICIÓN CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS**

#### *II.2.2.1.a) Consideraciones Generales*

La Disposición adicional vigésima octava del TRLCSP prevé la adquisición centralizada de medicamentos y productos sanitarios en el SNS, posibilitando que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad pudiera "*encomendar al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria la materialización y conclusión de los procedimientos de adquisición centralizada con miras al Sistema Nacional de Salud, para todos o alguno de los medicamentos y productos sanitarios*".

Dicha previsión se materializó mediante las Órdenes Ministeriales SSI/1075/2014 y SSI/1076/2014, ambas de 16 de junio de 2014, que declararon como bienes de adquisición centralizada determinados medicamentos de uso hospitalario y productos sanitarios, respectivamente, además de autorizar la decisión del titular de la Secretaría General de Sanidad y Consumo de encomendar

al INGESA las competencias para la materialización y conclusión de los procedimientos de adquisición centralizada.

Entre las funciones del INGESA se encuentra la redacción de los Acuerdos Marco, cuyo objeto es la selección de suministradores, fijación de precios y establecimiento de las bases que rigen los contratos derivados de suministros. Asimismo, también adjudica los citados Acuerdos Marco a los suministradores seleccionados, a la vista de la propuesta de adjudicación que formule la Mesa de Contratación.

Una vez acordada la adjudicación de los Acuerdos Marco, el Director del INGESA ordena el inicio del expediente de contratación, que es firmado por cada una de las empresas adjudicatarias y por el INGESA.

Por tanto, a través de los Acuerdos Marco se determinan los suministradores, medicamentos e importes a utilizar, y, en lo que respecta al ámbito de la presente fiscalización, son las Gerencias de Atención Sanitaria de Ceuta y Melilla las que actúan como organismo o entidad destinatarios de los bienes, adquiriendo los medicamentos a los distintos suministradores mediante los trámites correspondientes (aprobación del gasto, formalización de los contratos derivados, recepción y pago), en virtud de los contratos derivados de dichos Acuerdos Marco.

Los Acuerdos Marco vigentes a 31 de diciembre de 2016 aparecen reflejados en el cuadro siguiente:

**CUADRO N.º 16**  
**ACUERDOS MARCO VIGENTES A 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

Códigos	Tipos de medicamento	Fechas	Fin vigencia
AM-14-1545	MEDICAMENTOS (20 LOTES)	05/07/2015	31/12/2016
		20-08-2015 (LOTE 13)	
AM-15-2013	EPOETINAS	14/02/2016	24/02/2019
AM-15-202	FACTOR VII	20/01/2016	20/01/2018
AM-15/204	INMUNODEPRESORES	16/03/2016	18/03/2018
AM-15/205	ANTIRRETROVIRALES	04/03/2016	04/03/2018

Fuente: Información suministrada por el INGESA.

*II.2.2.1.b) Adquisición de medicamentos por parte de las Gerencias de Atención Sanitaria de Ceuta y Melilla*

El importe correspondiente a la adquisición de todo tipo de medicamentos efectuados durante el ejercicio 2016 por el Hospital Universitario de Ceuta y el Hospital Comarcal de Melilla ascendió a 8.314.838,48 euros y 8.373.338,30 euros, respectivamente. El detalle de dichos importes se muestra en el cuadro siguiente:

**CUADRO N.º 17**  
**ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS POR LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN SANITARIA**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

Tipos de adquisiciones	Ceuta	Melilla	Total	%
COMPRAS DIRECTAS	8.181.229,60	7.509.352,62	15.690.582,22	94,02
COMPRAS EN VIRTUD DE ACUERDOS MARCO	133.608,88	863.985,38	997.594,26	5,98
<b>TOTAL</b>	<b>8.314.838,48</b>	<b>8.373.338,00</b>	<b>16.688.176,78</b>	<b>100</b>

Fuente: Información suministrada por el INGESA y expedientes de contratación.

De acuerdo con los datos anteriores, los pagos por compras directas de todo tipo de medicamentos efectuados por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla sin haber formalizado contrato alguno ascendieron a 7.509.352,62 euros<sup>33</sup> durante el ejercicio 2016, lo que supuso el 89,68% del total de las compras del citado ejercicio.

Este porcentaje es todavía mayor en la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta, donde las adquisiciones de medicamentos realizadas a través de contratos derivados de Acuerdos Marco en el ejercicio 2016 representaron únicamente el 1,61% del total de las compras de medicamentos efectuadas en dicho ejercicio.

En consecuencia, ambas Gerencias efectuaron la mayor parte de sus adquisiciones de medicamentos (en concreto, el 94,02%) al margen de los procedimientos de contratación previstos en el TRLCSP<sup>34</sup>, lo cual conllevó el incumplimiento de los principios de publicidad, transparencia, concurrencia, salvaguarda de la libre competencia, igualdad de trato y no discriminación, los cuales deben regir en cualquier procedimiento de contratación administrativa, de acuerdo con lo previsto en el artículo 1 del TRLCSP, y el incumplimiento de los artículos 27, 28, 109, 110 y 156 de esta norma.

Dentro de estas adquisiciones directas existen medicamentos cuya compra se debió haber realizado mediante contratos derivados de los Acuerdos Marco; concretamente la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta y de Melilla efectuaron compras directas de medicamentos, respectivamente, por importe de 1.953.999,50 euros (23,88% del total de compras directas) y de 350.471,73 euros (4,67%), los cuales debieron haberse formalizado mediante el procedimiento indicado. En estas adquisiciones el adjudicatario y el precio abonado fueron los establecidos en el Acuerdo Marco, si bien no se procedió a la formalización del contrato.

Además de lo anterior, conviene precisar que el artículo 29 del TRLCSP establece la obligación de remitir al Tribunal de Cuentas una copia certificada del documento en el que se hubiesen formalizado los contratos, acompañado de un extracto del expediente del que se derive, siempre que la cuantía del contrato, en el caso de los suministros, supere los 450.000 euros anuales. Pues bien, a pesar de existir en el ejercicio 2016 compras a un mismo proveedor de medicamentos por parte de las Gerencias de Atención Sanitaria de Ceuta y Melilla que superaron el citado importe, dado que las mismas se realizaron sin utilizar ninguno de los procedimientos previstos en el TRLCSP (fueron compras directas), no se envió ningún tipo de información al Tribunal de Cuentas.

En concreto, los suministros que superaron en el ejercicio 2016 el importe de 450.000 euros para un mismo proveedor y que no fueron remitidos al Tribunal de Cuentas ascendió a 4.667.271,57 euros (cinco proveedores) en la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta y a 3.475.344,89 euros (cuatro proveedores) en la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla.

Además de lo señalado anteriormente, la Resolución de 10 de diciembre de 2013, de la Presidencia del Tribunal de Cuentas, mediante la que se publicó el *“Acuerdo del Pleno de 28 de noviembre de 2013, sobre la instrucción general relativa a 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”*, estableció que, con periodicidad anual, dentro de los dos primeros meses de cada ejercicio, deberán remitirse las relaciones certificadas comprensivas de toda la contratación y demás negocios jurídicos formalizados en el ejercicio precedente (con exclusión de los contratos menores y contratos subvencionados a los que se refiere el artículo 2.2 del TRLCSP). En consecuencia, estas compras directas de medicamentos no figuraban incluidas obviamente en la citada relación certificada.

---

<sup>33</sup> Este importe no recoge los reintegros efectuados por los laboratorios.

<sup>34</sup> A esto habría que añadir que, durante el ejercicio 2016, en las Áreas de Atención Primaria el importe de adquisiciones de medicamentos mediante compra directa representó el 100% del total, por importe de 70.863,51 euros y 54.292,05 euros en Ceuta y Melilla, respectivamente.

Por tanto, la adquisición directa de medicamentos por parte de las Gerencias de Atención Sanitaria de Ceuta y Melilla sin acogerse a ninguno de los procedimientos de adjudicación previstos en el TRLCSP, además del incumplimiento de los principios más elementales que deben regir en la contratación administrativa, limitó el ejercicio de la función fiscalizadora del Tribunal de Cuentas sobre las adquisiciones efectuadas por el INGESA.

Por otra parte, en el punto 19 “*Contratación Administrativa. Procedimientos de adjudicación*” de la Memoria de las Cuentas anuales del ejercicio 2016 del INGESA rendidas al Tribunal de Cuentas tampoco constaba información sobre el importe de las compras directas de estos medicamentos.

#### II.2.2.2. MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

Los medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C tienen la categoría de medicamentos de diagnóstico hospitalario, por lo que son dispensados por los servicios de farmacia de los centros hospitalarios, con aportación reducida del paciente y desprovistos de cupón precinto.

El importe de gasto de los medicamentos de hepatitis C en el INGESA ascendió a 523.273,71 euros en el ejercicio 2016, existiendo una disminución del 82,82% respecto al ejercicio 2015, en el que el importe fue de 3.046.061,90 euros.

Tal y como establecen los artículos 8 y 10 del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, a estos medicamentos les corresponde una deducción del 7,5% sobre el precio de venta al público cuando su facturación se realice con cargo a la prestación farmacéutica del SNS.

La Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS acordó la estrategia terapéutica de priorización para el uso de antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis C (entre otros, EXVIERA, HARVONI, OLYSIO, SOVALDI y VIEKIRAX), en el ámbito del SNS.

Por su parte, la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos estableció las condiciones de financiación de ciertos medicamentos, fijando un techo máximo de gasto (cuantía máxima a financiar por tipo de medicamento) para todo el SNS.

Superado este techo máximo de gasto de cada medicamento, el laboratorio titular se debía hacer cargo de los costes totales derivados de dichos medicamentos, por lo que debían ser suministrados al SNS a coste cero. En concreto:

1. Para el medicamento OLYSIO, los acuerdos aprobados para su financiación establecieron un techo máximo de gasto correspondiente al periodo que transcurrió entre el 27 de marzo y el 30 de octubre de 2016, por lo que los medicamentos dispensados entre estas fechas debían ser financiados íntegramente por los laboratorios farmacéuticos.
2. Para los medicamentos EXVIERA, HARVONI, SOVALDI y VIEKIRAX, el techo máximo de gasto se determinó en función del número de medicamentos dispensados por pacientes, aplicándose tramos de precios con un coste por paciente menor a medida que aumenta el número de pacientes tratados.

A pesar de lo acordado en la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, estableciendo los citados techos máximo de gasto, el INGESA efectuó pagos que superaron los citados techos, correspondientes a los medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C, cuyo detalle se recoge en los Anexos nº 6, 7, 8 y 9. En concreto:

1. Respecto al medicamento OLYSIO, comercializado por el laboratorio 1, existieron cuatro envases dispensados entre el 27 de marzo y el 30 de octubre de 2016 y financiados

indebidamente por la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta, cuyo importe ascendió a 32.820,48 euros (Anexo nº 6).

2. En cuanto a los medicamentos EXVIERA y VIEKIRAX comercializados por el laboratorio 2, el importe reintegrado por el laboratorio por el 4º, 5º y 6º envase ascendió a 55.086,60 euros, mientras que el importe correcto a reintegrar debió ser 105.970,92 euros.

Por tanto, existió una diferencia de 50.884,32 euros que deberían haber sido reintegrados, de los que 39.517,92 euros corresponden a dispensaciones de nueve envases de EXVIERA y doce envases de VIEKIRAX financiados por la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta, y 11.366,40 euros corresponden a dispensaciones de tres envases de VIEKIRAX abonados por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla.

Esta circunstancia se ha producido en aquellos envases dispensados que superaron el tratamiento de 12 semanas (4º, 5º y 6º envase), como consecuencia de que el laboratorio calculó el reintegro a efectuar a las Gerencias de Atención Sanitaria de Ceuta y de Melilla teniendo en cuenta el precio del medicamento en el momento de la fecha de su dispensación y no en de la fecha en la que se abonó el mismo al laboratorio.

Sin embargo, de acuerdo con lo acordado en la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, las dispensaciones de envases por paciente que superasen las tres unidades debían ser a coste cero, por lo que el reintegro a efectuar por el laboratorio se debió corresponder con el precio realmente facturado por los laboratorios y pagado por los centros hospitalarios, y no con el precio que tuvieran estos medicamentos en la fecha de su dispensación al paciente (Anexo nº 7).

3. Respecto a los medicamentos HARVONI y SOVALDI, comercializados por el laboratorio 3, se ha verificado que existe un importe facturado en exceso por el laboratorio de 30.223,40 euros, con el siguiente detalle:
  - a) La Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta abonó cuatro envases de HARVONI, sin que se hubiera tenido en cuenta el tramo en el que el INGESA se encontraba en dicho momento en virtud del número de pacientes tratados. La diferencia entre el importe correcto y el importe facturado fue de 16.070,81 euros (Anexo nº 8).
  - b) Existió un importe de 14.152,59 euros correspondiente a tres envases de SOVALDI, por haber reintegrado el laboratorio al INGESA un importe inferior al facturado por el 4º, 5º y 6º envases dispensados a un paciente en la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla. Así, el laboratorio reintegró únicamente una cantidad de 9.435,00 euros, si bien debió haber reintegrado a la citada Gerencia el importe íntegro facturado por el laboratorio, 23.587,59 euros, de acuerdo con lo establecido en los Informes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Anexo nº 9).

#### II.2.2.3. CONTRASTES DISPENSADOS POR EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA

La Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla y la empresa 4 suscribieron dos contratos de gestión de servicios públicos, el 26 de septiembre de 2006 y el 28 de diciembre de 2011, con el objeto de realizar pruebas de diagnóstico a pacientes derivados por el Hospital Comarcal de Melilla. En virtud de dichos contratos, la empresa debía realizar en sus instalaciones las pruebas prescritas por los facultativos especialistas pertenecientes al citado Hospital.

De acuerdo con los contratos, el plazo de ejecución se extendería desde el 1 de noviembre de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2008, y desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2014, respectivamente, pudiendo prorrogarse por acuerdo de las partes hasta los 4 y los 6 años cada uno de ellos, incluyendo prórrogas.

Para la realización de los diagnósticos por imagen, los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla entregaban a los pacientes una “*hoja de dispensación*”, es decir, un documento para que el Servicio de Farmacia del Hospital suministrara contrastes<sup>35</sup> directamente a los pacientes. De esta forma de proceder se derivan las dos incidencias siguientes:

#### *II.2.2.3.a) Financiación de los contrastes con fondos públicos*

El Servicio de Farmacia del Hospital Comarcal de Melilla entregaba directamente a los pacientes, que debían acudir posteriormente a las instalaciones de la empresa adjudicataria, el contraste necesario para la realización de TAC que requerían dicha técnica, en vez de ser suministrado el contraste por la propia empresa adjudicataria y a sus expensas.

Así, de acuerdo con lo dispuesto en los dos contratos señalados anteriormente, el contraste debió ser suministrado por la empresa adjudicataria, dado que en caso contrario el servicio no se podía haber prestado y tampoco cobrado, por lo que no debería haber sido adquirido por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla para su entrega gratuita a los pacientes. Así, el precio recogido en el contrato suscrito el 28 de diciembre de 2011 para la realización de un TAC era de 83 euros, independientemente de si para la realización de dicha prueba se hubiera utilizado contraste o no.

En concreto, el contrato utilizaba la expresión “*Estudios simples con y sin contraste*”, que tendrían un precio de 83 euros<sup>36</sup>, sin que en ninguna cláusula del contrato constase que sería el Hospital Comarcal de Melilla el que suministraría gratuitamente el contraste a los pacientes.

En este contexto, con fecha 21 de julio de 2015, la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla inició un procedimiento de reintegro de pagos indebidos por haber suministrado el Servicio de Farmacia del Hospital “*(...) los contrastes para la realización de los estudios de TAC, asumiendo desde el 1 de noviembre de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2014 un coste por importe total de 172.927,96 euros, cuando conforme a lo dispuesto en los correspondientes pliegos de cláusulas administrativas y las propuestas económicas de << empresa 4 >>, aquel hubo de ser soportado por la propia empresa adjudicataria*”.

El desglose por años del importe satisfecho por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla correspondiente a las compras efectuadas a dos laboratorios farmacéuticos (4 y 5) de los contrastes entregados a pacientes que se realizaron los TAC en las instalaciones de la empresa adjudicataria aparece reflejado en el cuadro siguiente:

---

<sup>35</sup> Los contrastes son medicamentos que permiten resaltar algunas partes del cuerpo, y que se utilizan solo en aquellos casos en que el facultativo especialista lo considere necesario para una correcta visualización. En este caso se utilizaron los siguientes contrastes: “Clarograf 300”, “Ultravist 300” y “Ultravist 370”.

<sup>36</sup> En el contrato de 26 de septiembre de 2006 se utilizó la misma expresión, con un precio por estudio de 90,64 euros.



**CUADRO N.º 18**  
**IMPORTE DE LOS CONTRASTES ENTREGADOS POR EL HOSPITAL COMARCAL DE**  
**MELILLA A LOS PACIENTES**  
**Ejercicios 2006 a 2014**  
**(Euros)**

Año	Importe
2006	5.716,21
2007	35.110,48
2008	35.155,99
2009	31.324,52
2010	21.383,39
2011	10.112,62
2012	16.018,47
2013	11.429,50
2014	6.676,78
<b>TOTAL</b>	<b>172.927,96</b>

Fuente: Información del INGESA.

Estos importes están certificados por el Jefe de Servicio de Farmacia del citado Hospital, de acuerdo con el sistema informático que gestiona la compra de productos farmacéuticos a los laboratorios, y del que se deduce expresamente que los contrastes se entregaron gratuitamente a los pacientes como consecuencia de la prescripción de los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla para ser utilizados en las instalaciones de la empresa adjudicataria.

Sin embargo, la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla, a pesar de haber iniciado dicho procedimiento de reintegro de pagos indebidos, emitió una nueva Resolución de fecha 22 de agosto de 2016, en la que declaró la caducidad del citado expediente de reintegro de pagos indebidos, dando lugar al archivo de las actuaciones practicadas.

El fundamento aducido en esta Resolución de caducidad fue la obligación recogida en el artículo 42 de la actualmente derogada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común<sup>37</sup>, relativa a que "2. *El plazo máximo en el que debe notificarse la resolución expresa será el fijado por la norma reguladora del correspondiente procedimiento...* 3. *Cuando las normas reguladoras de los procedimientos no fijen el plazo máximo, éste será de tres meses...*".

Es decir, la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla dictó Resolución de caducidad del procedimiento de reintegro de pagos indebidos iniciado por ella misma con más de un año de antelación, aduciendo que había transcurrido un período de tres meses sin resolución expresa, a pesar de que era la propia Gerencia la responsable de realizar las actuaciones oportunas tendentes a impulsar el procedimiento de reintegro de pagos indebidos, sin que exista ninguna justificación adicional para explicar la caducidad del expediente de reintegro.

Tras haber dictado la Resolución de caducidad anterior, la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla emite una nueva Resolución, de fecha 5 de julio de 2017, mediante la que inicia un nuevo procedimiento administrativo de reintegro de pagos indebidos, aduciendo los mismos argumentos para su incoación que los esgrimidos en el procedimiento de reintegro inicial, de fecha 21 de julio de 2015.

<sup>37</sup> Norma derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, que entró en vigor el 2 de octubre de 2016.

A petición de la citada Gerencia, el Servicio Jurídico Delegado Central del INGESA se pronunció a este respecto mediante informe de 5 de octubre de 2017. En dicho informe se señalaba la no procedencia de acudir al procedimiento de reintegro de pagos indebidos utilizado por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla, previsto en el artículo 77 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria. En concreto, el citado informe señala:

*“En definitiva, puesto que la entrega de los contrastes se ha efectuado directamente a los beneficiarios, y de manera voluntaria por parte del centro hospitalario a los propios beneficiarios, a la vista de la Jurisprudencia referida, se albergan dudas en este Servicio Jurídico acerca de la viabilidad de esta vía de actuación.*

*Cabría valorar por esa Gerencia la posibilidad de plantear, en su caso, una compensación de deudas, de existir algún tipo de liquidación pendiente de facturación con la empresa 4, siempre y cuando concurren los requisitos legalmente establecido para ello”.*

Teniendo en cuenta el citado informe, con fecha 9 de octubre de 2017 la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla procedió al archivo del expediente.

No obstante lo anterior, en opinión de este Tribunal de Cuentas, se produjo la financiación de dichos contrastes por parte de la citada Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla, los cuales debieron ser a cargo de la empresa adjudicataria, existiendo por ello un gasto innecesario y excesivo para la Gerencia de Atención Sanitaria por importe de 172.927,96 euros, el cual se hizo de forma voluntaria por parte del centro hospitalario a los pacientes y ocasionó un enriquecimiento para la citada empresa por el citado importe.

En la documentación remitida el 20 de febrero de 2018 por el Director del INGESA al Tribunal de Cuentas, en la que constaba una Información Reservada realizada a este respecto por un Inspector Médico del INGESA, se señala lo siguiente:

*“Se constata a través de la declaración de la persona física 1 que los contrastes para TAC, si bien no aparecen en el contrato, fueron suministrados por parte del hospital hasta 2014, fecha en que se cesó en el suministro.*

*Dicho extremo se ratifica por el Director Gerente del Hospital quien debió transigir con dicha situación para garantizar la prestación del servicio de TAC a los pacientes de Melilla al haberse negado la adjudicataria a realizar dichas pruebas en otras condiciones”.*

Conviene señalar que a partir del 1 de noviembre de 2014 estos contrastes dejaron de ser comprados y suministrados por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla, siendo suministrados y financiados por la empresa 4.

La financiación de los contrastes en la actualidad también es a cargo de la empresa adjudicataria del nuevo contrato para realizar las pruebas de diagnóstico a pacientes derivados por el Hospital Comarcal de Melilla (empresa 1), formalizado el 24 de abril de 2017.

#### *II.2.2.3.b) Incumplimiento de la normativa relativa a los medicamentos de uso hospitalario*

Al margen de los gastos efectuados por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla para el abono de los contrastes, se produjo, asimismo, un incumplimiento normativo en las dispensaciones de los mismos.

Así, los contrastes facilitados a los pacientes tienen la consideración de medicamentos de uso hospitalario, de acuerdo con el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS<sup>38</sup>.

Por su parte, el artículo 24.3.a) del Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, establece que los medicamentos se someterán a prescripción médica restringida cuando *“a) Se trate de medicamentos que exigen particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de atención a la salud, los cuales a causa de sus características farmacológicas o por su novedad, o por motivos de salud pública, se reserven para tratamientos que solo pueden utilizarse o seguirse en medio hospitalario o centros asistenciales autorizados (Medicamentos de Uso Hospitalario)”*.

Es decir, de acuerdo con el citado artículo, los medicamentos de uso hospitalario únicamente podrían haberse utilizado en el propio Hospital Comarcal de Melilla o bien haberse llevado a cabo algún tipo de seguimiento por parte del centro hospitalario, circunstancia que no se produjo, dado que, a pesar de ser un medicamento que exige particular vigilancia, supervisión y control, su utilización se realizó en la empresa privada adjudicataria de los contratos citados.

La dispensación de estos contrastes, de acuerdo con el escrito del Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital de fecha 28 de agosto de 2017 *“se hacía a los pacientes (...) de forma individualizada en las dependencias del Servicio de Farmacia, tras presentación de la correspondiente receta médica, cumplimentada por el especialista prescriptor”*.

Por tanto, el Hospital Comarcal de Melilla incumplió el citado artículo 24.3.a) del Real Decreto 1345/2007, al haber dispensado a un particular un medicamento de uso hospitalario para su uso fuera del centro hospitalario, sin que, de acuerdo con lo que se contiene en el apartado 2.b) del epígrafe II.1.2.3.a) del presente Informe, conste ninguna actuación de seguimiento sobre el mismo.

### **II.2.3. Aplicaciones informáticas para la gestión de la dispensación de los medicamentos**

Las aplicaciones informáticas utilizadas para la prescripción y dispensación de recetas en el Hospital Universitario de Ceuta se denominan *“HP-CIS”* y *“Farmatools”*, utilizándose esta última también en el Hospital Comarcal de Melilla.

Del análisis de ambas aplicaciones, dentro de la gestión de las prestaciones farmacéuticas dispensadas por ambos centros hospitalarios, se han detectado las siguientes deficiencias:

1. Deficiencias de conexión entre ambas aplicaciones, que producen errores en las dispensaciones en dosis unitarias.

En el caso del Hospital Universitario de Ceuta, tanto la prescripción médica como la validación farmacéutica se realizan en la aplicación *“HP-CIS”*, mientras que la gestión de la dispensación de las dosis unitarias por plantas se realiza desde *“Farmatools”*.

Estos dos programas no están interconectados, lo que produce numerosas deficiencias, ocasionando que órdenes médicas ya validadas por los farmacéuticos en *“HP-CIS”* no figuren en *“Farmatools”*, lo cual provoca errores en la dispensación de medicamentos a los pacientes ingresados.

2. Debilidades en la prescripción de recetas por parte de los facultativos a través de *“HP-CIS”* en el Hospital Universitario de Ceuta:

- a) La aplicación informática *“HP-CIS”* no permite la prescripción por principio activo, lo que iría en contra de lo indicado en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, que aprueba

---

<sup>38</sup> El Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS es una base de datos en materia de prestación farmacéutica del SNS en la que se incluyen todos los medicamentos que tengan autorizada su comercialización en España, estén o no financiados por el SNS.

el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, que establece en su artículo 87 este tipo de prescripción como la forma más apropiada para el beneficio de los pacientes, a la vez que se protege la sostenibilidad del sistema.

En concreto, en el Hospital Universitario de Ceuta, para poder prescribir determinados medicamentos es necesario elegir una marca comercial, lo que implica, en general, prescribir la primera opción disponible, que no tiene por qué ser la más rentable económicamente.

- b) No existe comunicación entre esta aplicación y la aplicación informática para la gestión de consultas de Atención Primaria. Esto implica el desconocimiento del facultativo de Atención Especializada de la medicación ya prescrita al paciente en Atención Primaria, lo que conlleva múltiples riesgos (duplicidad de recetas o gastos adicionales asociados, entre otros<sup>39</sup>).
- c) La prescripción de medicamentos de uso controlado<sup>40</sup> no puede realizarse a través de “HP-CIS”, debiendo efectuarse la prescripción en formato papel.

La falta de utilidad práctica de esta aplicación informática en el Hospital Universitario de Ceuta es, sin duda, uno de los motivos por lo que un gran número de facultativos realizan la prescripción de forma manual en consultas externas. En el ejercicio 2016, el porcentaje que representa el número de recetas facturadas en papel respecto al total prescritas ha sido de un 25,59%, tanto en Atención Primaria como en Especializada. Asimismo el 100% de las prescritas en el Hospital Universitario de Ceuta ha sido en formato papel.

### 3. Debilidades en la aplicación “Farmatools”:

- a) Esta aplicación informática no se encuentra interrelacionada con el Nomenclátor, por lo que existe el riesgo de que los precios que figuran en la misma no estén convenientemente actualizados.
- b) El módulo de prescripción a pacientes externos de “Farmatools” no cuenta con una alerta que indique la caducidad de los informes médicos anuales. Por ello, existe el riesgo de dispensaciones efectuadas a pacientes en virtud de informes caducados.
- c) Los datos de los contratos derivados de los Acuerdos Marco incluidos en “Farmatools” no están actualizados en la aplicación, lo que implica la existencia de numerosos errores en la información relativa a las compras centralizadas y las compras directas de medicamentos.
- d) En relación con el módulo de prescripción a pacientes ambulantes de “Farmatools”, los facultativos que prescriben en Hospital no tienen acceso al mismo, lo que implica el riesgo de errores derivados de la transcripción de las órdenes escritas.
- e) Existe una falta de conexión con la aplicación de gestión económica, por lo que el Servicio de Farmacia del Hospital Comarcal de Melilla no tiene ninguna información respecto a los reintegros que realizan los laboratorios por excesos facturados, lo que supone una deficiencia en la gestión, al no tener conocimiento de dichos reintegros el Servicio encargado de su control.

<sup>39</sup> En el Hospital Comarcal de Melilla sí existe conexión entre ambas aplicaciones en el ejercicio 2017.

<sup>40</sup> Los medicamentos de uso controlado son aquellos en los que por razones de seguridad, alto coste, y otras similares, se debe realizar un especial seguimiento de su utilización en los Hospitales.

## **II.3. PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS SIN DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA Y OTRAS OBLIGADAS A SU PAGO**

### **II.3.1. Consideraciones generales**

Como se ha señalado anteriormente, al INGESA le corresponde la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios.

La vigente regulación en materia de acceso a las prestaciones de asistencia sanitaria prestada con fondos públicos exige ostentar la condición de asegurado o de beneficiario, de acuerdo con lo establecido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y en el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. De esta manera, las prestaciones de asistencia sanitaria en España son de carácter universal, pero no siempre gratuitas, teniendo todas las personas derecho a ser atendidas en un centro, servicio o establecimiento sanitario en España, aunque dichas prestaciones no siempre puedan obtenerse sin contraprestación.

En este sentido, el artículo 3.5 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece que *“Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial”*.

Así, tal y como establece la Sentencia 139/2016, de 21 de julio, del Tribunal Constitucional:

*“... la universalidad, en lo que significa como derecho de acceso y la correlativa obligación de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud de atender a los usuarios que reclaman atención sanitaria, no puede, en suma, confundirse con un derecho a la gratuidad en las prestaciones y los servicios sanitarios”*.

En este sentido, las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, supusieron un giro en la progresiva extensión de la asistencia sanitaria universal, gratuita o bonificada, teniendo como objetivo fundamental afrontar una reforma estructural del SNS para dotarlo de solvencia, viabilidad y reforzando las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo, de manera que vincularon el derecho a la asistencia sanitaria a la obtención de la condición de asegurado o beneficiario<sup>41</sup>.

Como consecuencia de todo lo anterior, la normativa vigente reguladora de las prestaciones de asistencia sanitaria dispensadas en España y, en el caso que nos ocupa en concreto, en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla, establece la obligación de solicitar la debida contraprestación en el supuesto de no ostentar la condición de asegurado o beneficiario o existir un tercero obligado al pago y, en concreto:

1. El gasto correspondiente a la asistencia prestada a personas pertenecientes a las Mutualidades de Funcionarios Civiles o Militares que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro será reclamado al tercero obligado. También deberá reclamarse la contraprestación en los restantes supuestos en que exista un tercero obligado al pago, como en accidentes de tráfico, accidentes laborales o seguros privados.

---

<sup>41</sup> Véanse notas a pie de página números 14, 15 y 16.

2. El gasto de asistencia sanitaria derivado de las asistencias a personas pertenecientes a la Unión Europea y otros países se facturará en virtud de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de Seguridad Social.

Así, por la asistencia prestada a sus asegurados desplazados temporal o permanentemente en el territorio de otro Estado, el Estado de origen debe reembolsar el importe correspondiente al Estado que ha dispensado las prestaciones.

3. Los extranjeros no registrados o no autorizados a residir en España quedan fuera de este sistema de "aseguramiento" necesario para recibir asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

De esta manera, los extranjeros en situación irregular, es decir los residentes en España sin autorización de residencia, no pueden acceder a la condición de asegurados por el simple empadronamiento, a diferencia de lo que ocurría con la regulación anterior, contenida en la antigua redacción del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 (que fue modificado por la Disposición final tercera del Real Decreto-ley 16/2012), suprimiéndose la inscripción en el padrón municipal como título de acceso a la asistencia sanitaria.

Existen, no obstante, excepciones a lo anterior, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, relativo a la asistencia sanitaria en situaciones especiales, añadido por el artículo 1 del citado Real Decreto-ley 16/2012, al establecer que los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.
- c) Los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

### **II.3.2. Impacto económico de la actividad asistencial dispensada a extranjeros no residentes**

#### **II.3.2.1. CONSIDERACIONES GENERALES**

La asistencia sanitaria a extranjeros, fundamentalmente a aquellos sin residencia legal, es un hecho notorio y de importancia significativa en las Áreas Sanitarias de Ceuta y de Melilla, debido a las características poblacionales y económicas de estos grupos en ambas Ciudades Autónomas (trabajadores transfronterizos, residentes en el CETI y en los Centros de Prevención y Acogida, población inmigrante europea con derecho y acceso a la sanidad pública y cuyo número se eleva considerablemente en determinadas épocas, entre otros).

Si bien un importante colectivo de la población extranjera tiene derecho a recibir asistencia sanitaria pública (trabajadores transfronterizos y trabajadores europeos), la población restante suele tener como puerta de entrada al sistema sanitario público las urgencias médicas (el 74,99% de las asistencias prestadas a extranjeros no asegurados procedieron de urgencias), un alto porcentaje de las cuales termina en ingresos hospitalarios, poniéndose de manifiesto que el grueso de las asistencias prestadas a extranjeros sin residencia legal, lo es a población no asegurada que se encuentra en alguna de las excepciones previstas por el citado Real Decreto-ley 16/2012.

Indudablemente, la consecuencia fundamental de esta prestación asistencial es el impacto que suponen sobre el consumo de recursos humanos, económicos y materiales en ambas Áreas

Sanitarias. Así, según información facilitada por el programa GRECO<sup>42</sup>, la evolución del coste económico de estas atenciones en los últimos años ha sido la siguiente:

**CUADRO N.º 19**  
**EVOLUCIÓN DEL COSTE ECONÓMICO DE LAS ASISTENCIAS A EXTRANJEROS SIN**  
**COBERTURA POR EL SNS**  
**Ejercicio 2012 a 2016**  
**(Euros)**

Datos	2012	2013	2014	2015	2016
IMPORTE	10.827.809,00	9.216.555,00	11.837.621,21	15.386.874,75	14.571.767,22
VARIACIÓN ABSOLUTA	-73.472,00	-1.611.254,00	2.621.066,21	3.549.253,54	-815.107,53
VARIACIÓN PORCENTUAL	-0,67%	-14,88%	28,44%	29,98%	-5,30%

Fuente: Información del INGESA.

De esta evolución hay que destacar el elevado crecimiento del coste asistencial existente en los ejercicios 2014 y 2015, probablemente consecuencia de la modificación normativa en la consideración del colectivo asegurado que se produce en el ejercicio 2012 (se suprimió la inscripción en el padrón municipal como título de acceso a la asistencia sanitaria).

Asimismo, es necesario destacar que, de estas cantidades, la cifra más elevada corresponde al Área Sanitaria de Melilla, que alcanza para los ejercicios 2015 y 2016 un importe de 11.564.659,40 euros y 10.848.502,68 euros, respectivamente (75,16% en 2015 y 74,45% en 2016, sobre el total del coste económico de este colectivo para ambas Áreas Sanitarias).

Por otro lado, y en relación a la ejecución presupuestaria, los costes anteriormente detallados alcanzan un 9,63% en el ejercicio 2015 y un 9,27% en el 2016, del total de obligaciones reconocidas netas del programa 2223 "Atención Especializada" del presupuesto de gastos del INGESA.

Asimismo, el colectivo de extranjeros no asegurados tuvo un impacto sobre la población censada en ambas Ciudades Autónomas, incrementándola en 16.131 personas en el año 2016, de forma que elevarían la población de derecho en Melilla en un 9,49% y en Ceuta en un 9,56%<sup>43</sup>, con las dificultades que esta situación entraña para conseguir una adecuada prestación asistencial a toda la población que la demanda y con la existencia de una elevada presión asistencial, muy superior a la que cabría esperar de la población asegurada y censada en ambas Ciudades Autónomas.

### II.3.2.2. COSTE ASISTENCIAL DE ATENCIONES HOSPITALARIAS A MUJERES EMBARAZADAS, NEONATOS Y URGENCIAS A EXTRANJEROS NO RESIDENTES.

Por su especial relevancia, es necesario analizar el coste asistencial de las atenciones de procesos hospitalarios a embarazadas y neonatos, así como el coste de las urgencias derivado de asistencias a extranjeros sin cobertura por el SNS, obteniendo las siguientes incidencias, como se refleja en los Anexos nº 10 a 13<sup>44</sup>:

<sup>42</sup> GRECO: Programa Global de Regulación y Coordinación de la Extranjería y la Inmigración en España.

<sup>43</sup> La población de derecho se incrementa en la Ciudad Autónoma de Ceuta en 4.924 personas en 2016 y la de Melilla en 11.207 personas en 2016. Los datos se obtienen considerando números de historia clínica diferentes de pacientes en ambos ejercicios registrados en las bases de datos de Atención Especializada.

<sup>44</sup> El INGESA alega, respecto al Área Sanitaria de Melilla, diferencias entre el coste de la asistencia sanitaria prestada a mujeres embarazadas, menores y urgencias de personas extranjeras no aseguradas obtenido del programa GRECO y el consignado en el Informe. A este respecto conviene precisar que el coste estimado en el Informe se ha obtenido de

1. En relación con el coste asistencial derivado de las mujeres embarazadas no aseguradas, tanto por partos como por otros procesos relacionados con el embarazo (abortos, falsos trabajos de parto<sup>45</sup>, y otros análogos), el Tribunal de Cuentas ha realizado una estimación, aplicando la valoración asignada a los procesos codificados en CIE-9-MC<sup>46</sup>, y aplicando a aquellos no codificados el importe mínimo asignado al tipo de parto asociado en el libro de partos (parto vaginal o cesárea sin complicaciones), obteniendo que el coste asignado a las anteriores atenciones en el ejercicio 2016 en el Área de Atención Sanitaria de Ceuta alcanza un importe de 1.211.963,32 euros, y de 4.875.743,81 euros en la de Melilla, lo cual supone un 32,16% y un 59,14% respectivamente, sobre el coste total de partos registrados.
2. En cuanto al coste asistencial derivado de las atenciones a extranjeros menores no asegurados por los procesos de neonatología codificados en CIE-9-MC, se obtiene que el coste asignado a las anteriores atenciones en el Área Sanitaria de Ceuta alcanza un importe en 2016 de 160.787,21 euros, el 47,74% del coste total en esta especialidad, mientras que en el Área Sanitaria de Melilla el coste asistencial es de 1.050.360,35 euros, elevándose el porcentaje a un 85,37% de total del coste en esta especialidad.
3. Respecto a las urgencias hospitalarias, si se consideran todas ellas como urgencias básicas (sin observación), se obtiene un coste en el Área Sanitaria de Ceuta de 1.025.712,52 euros y un importe de 2.495.266,31 euros en la de Melilla, alcanzando porcentajes de un 7,06% y un 19,33% respectivamente, sobre el coste total en el año 2016.

En cualquier caso, es necesario precisar que desde el Área Sanitaria de Melilla no se está procediendo a la facturación en el año 2016 del coste económico generado por las asistencias a mujeres embarazadas y a menores extranjeros no asegurados, con independencia de que los mismos tengan o no residencia efectiva en la Ciudad Autónoma, asumiéndolo con financiación pública y no reclamando importe alguno por las deudas derivadas de este colectivo que reside fundamentalmente en el Reino de Marruecos.

Sin embargo, en el Área Sanitaria de Ceuta, desde principio del año 2016 se facturan las urgencias y consultas externas a transeúntes en los supuestos en los que existe identificación de los mismos, si bien no se facturan los ingresos hospitalarios en ningún caso, ya sea por problemas de identificación o por problemas de conversión en la codificación.

### **II.3.3. Facturación de asistencia sanitaria dispensada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria**

#### **II.3.3.1. CONSIDERACIONES GENERALES**

De acuerdo con lo previsto en el artículo 109 del TRLGSS, de entre todos los recursos existentes para la financiación de la Seguridad Social (aportaciones del Estado; cuotas; recargos, sanciones u otras de naturaleza análoga; frutos, rentas o intereses y cualquier otro producto de sus recursos patrimoniales; y cualesquiera otros ingresos), *“La acción protectora de la Seguridad Social, en su modalidad no contributiva y universal, se financiará mediante aportaciones del Estado al Presupuesto de la Seguridad Social, ... con excepción de las prestaciones y servicios de asistencia*

---

fuentes documentales, como es el libro de partos y bases de datos de atención especializada aportadas por el INGESA. Es decir, en ningún caso se ha establecido una comparación con los costes estimados en el programa GRECO, al carecer de la información necesaria que hubiera permitido una valoración completa y correcta del coste registrado en el citado programa.

<sup>45</sup> El falso trabajo de parto tiene lugar cuando se producen síntomas de parto que posteriormente se interrumpen, sin desencadenarse el mismo y sin repercusión para el feto intraútero, por lo que debe esperarse el comienzo del parto natural. A efectos de codificación, el falso trabajo de parto puede calificarse como *“(O47.0) Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación”, “(O47.1) Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación” o “(O47.9) Falso trabajo de parto, sin otra especificación”.*

<sup>46</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica.



*sanitaria de la Seguridad Social y servicios sociales cuya gestión se halle transferida a las comunidades autónomas, en cuyo caso, la financiación se efectuará de conformidad con el sistema de financiación autonómica vigente en cada momento”.*

Teniendo en cuenta lo anterior, el INGESA se financia principalmente mediante: a) aportaciones del Estado al presupuesto de la Seguridad Social; y b) los ingresos obtenidos en base a la Disposición adicional décima del TRLGSS procedentes, fundamentalmente, de la asistencia sanitaria prestada por el INGESA en gestión directa a los usuarios que no tienen derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como en los supuestos de seguros obligatorios privados y en general en todos aquellos supuestos en los que exista un tercero obligado al pago, y de la venta de productos, materiales de desecho o subproductos sanitarios o no sanitarios, resultantes de la actividad de los centros sanitarios.

Estos ingresos no tienen la naturaleza de recursos de la Seguridad Social, sino de ingresos de la Administración General del Estado, y corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad fijar el régimen de precios y tarifas de tales atenciones, prestaciones y servicios, tomando como base sus costes estimados. Los mismos, dispone la Disposición adicional décima del TRLGSS, tienen determinado destino (principalmente generarán crédito por el total de su importe y se destinarán a cubrir gastos de funcionamiento, excepto retribuciones de personal, y de inversión de reposición de las instituciones sanitarias, así como a atender los objetivos sanitarios y asistenciales correspondientes) y son reclamados por el INGESA, en nombre y por cuenta de la Administración General del Estado, para su ingreso en el Tesoro Público. En el supuesto de no poder cobrarlos en vía voluntaria, el INGESA debe comunicarlo a la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT) para su recaudación en vía ejecutiva (caso de los usuarios que hayan recibido asistencia sanitaria sin tener derecho), o bien acudir a la jurisdicción civil (caso de existencia de terceros obligados, por cualquier título, al pago, incluidas las entidades aseguradoras privadas), actuaciones que no realiza el INGESA<sup>47</sup>.

Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria prestada por el INGESA a personas distintas a sus asegurados, es decir, a personas cuya asistencia sanitaria no esté a su cargo, así como otros ingresos procedentes del CNDPR, correspondientes al ejercicio 2016, ascendieron a 7.804.098,36 euros, de acuerdo con el importe que figuraba en la “*Ficha C.8.3*” elaborada por el INGESA.

El detalle de los citados ingresos obtenidos por el INGESA, ordenados en función del importe cobrado, se muestran en el cuadro siguiente:

---

<sup>47</sup> En sus alegaciones el INGESA señala la existencia de dificultades para el uso de este procedimiento, como “*Limitaciones materiales y formales derivadas de la legislación vigente que condicionan la exacción de estos derechos en vía ejecutiva*”. Asimismo, manifiesta que “*La unidad dependiente del Ministerio de Hacienda que se encarga de implementar el actual sistema de gestión de ingresos ha trasladado al INGESA serias dudas respecto al uso de dicho sistema*”. No obstante, aun existiendo dificultades para acudir a la vía ejecutiva de recaudación, la realidad es que el INGESA no ha hecho uso de dicho procedimiento en ningún caso, incumpliendo lo establecido en el Real Decreto 939/2005, de 29 de julio, por el que se aprueba el Reglamento General de Recaudación.

**CUADRO N.º 20**  
**INGRESOS POR PRESTACIONES DISPENSADAS A USUARIOS CUYA ASISTENCIA**  
**SANITARIA NO ESTÁ A CARGO DEL INGESA<sup>48</sup>**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

Deudores	Deuda pendiente de pago 01/01/2016		Importe facturado		Importe cobrado		Deuda pendiente de pago 31/12/2016	
		%		%		%		%
COMPAÑÍAS ASEGURADORAS PRIVADAS	1.554.602,21	1,59	5.312.170,32	37,17	5.289.484,87	67,78	1.577.287,66	1,51
COMPAÑÍAS ASEGURADORAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO	1.465.506,64	1,50	1.252.452,96	8,76	1.201.059,52	15,39	1.516.900,08	1,45
ESTADO (Isfas, Muface, Mugeju e Instituciones Penitenciarias)	7.499.237,08	7,65	1.270.251,49	8,89	657.484,91	8,42	8.112.003,66	7,76
INGRESOS DEL CENTRO NACIONAL DE DOSIMETRÍA	353.613,07	0,36	324.063,50	2,27	319.634,82	4,10	358.041,75	0,34
MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL E INSS	554.454,46	0,57	283.979,10	1,99	200.018,96	2,56	638.414,60	0,61
OTROS (Varios y particulares)	891.404,18	0,91	85.939,86	0,60	79.073,42	1,01	898.270,62	0,86
USUARIOS NO ASEGURADOS	85.689.338,41	87,43	5.762.374,01	40,32	57.341,86	0,73	91.394.370,56	87,46
<b>TOTAL</b>	<b>98.008.156,05</b>	<b>100,00</b>	<b>14.291.231,24</b>	<b>100,00</b>	<b>7.804.098,36</b>	<b>100,00</b>	<b>104.495.288,93</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Información del INGESA, ficha C.8.3.

De acuerdo con el cuadro anterior, el 67,78% del importe cobrado en 2016 procedió de compañías aseguradoras privadas por asistencias prestadas a sus asegurados en los centros y establecimientos sanitarios del INGESA. El segundo porcentaje más representativo de cobro, el 15,39% del total, procedió de compañías aseguradoras privadas por asistencias prestadas a asegurados tras haber sufrido un accidente de tráfico. El porcentaje más pequeño, el 0,73%, fueron cobros derivados de asistencias a usuarios no asegurados, principalmente extranjeros.

En cuanto al total de deuda pendiente de pago, a finales del ejercicio 2016 ascendió a 104.495.288,93 euros. Es necesario señalar que la práctica totalidad de la misma, en concreto, el 87,46%, es consecuencia de asistencias prestadas a usuarios no asegurados.

Por otra parte, esta deuda no aparece reflejada en las Cuentas Anuales del ejercicio 2016 del INGESA rendidas al Tribunal de Cuentas, impidiendo conocer tanto la valoración como el estado o situación de la deuda existente, lo que es importante a efectos de evitar la posible prescripción de estos derechos.

En cualquier caso el INGESA, tras la oportuna liquidación de estas deudas, y una vez realizadas las gestiones de cobro pertinentes sin lograr su consecución, no procede a la remisión a la AEAT para que se inicie el procedimiento de reclamación en vía ejecutiva de la deuda pendiente para las que puedan acogerse a dicho procedimiento, incumpliendo con lo establecido en el Real Decreto 939/2005, de 29 de julio, por el que se aprueba el Reglamento General de Recaudación.

<sup>48</sup> La información del cuadro no incluye los ingresos derivados por la aplicación de Reglamentos Comunitarios y Convenios Bilaterales de Seguridad Social, pero sí los ingresos procedentes de servicios prestados por el CNDPR, que no se refieren a prestaciones de asistencia sanitaria propiamente dicha.

### II.3.3.2. FACTURACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La facturación en Atención Primaria de ambas Áreas Sanitarias presenta dos problemas fundamentales:

1. La ausencia de un aplicativo informático de facturación integrado en el sistema e-SIAP, que permita un control sobre la facturación emitida y cobrada.
2. Dificultades derivadas de efectuar la facturación en un momento posterior al de la prestación de la asistencia, fundamentalmente producidas en la determinación del colectivo facturable en el caso de variar su situación, ya que la aplicación e-SIAP no conserva información histórica del usuario.

En concreto, en el Área Sanitaria de Ceuta:

1. Únicamente se procede a la facturación, respecto al Servicio de Urgencias de Atención Primaria, de determinados servicios prestados por las Unidades de Apoyo (fundamentalmente vacunas y extracciones de piezas dentarias) y atenciones realizadas por las ambulancias del 061.
2. De la facturación emitida en el 2016, es necesario destacar que no se está facturando importe alguno a personas extranjeras carentes de cobertura por el SNS (sin perjuicio de la facturación efectuada al CETI).
3. Existe un porcentaje alto de deuda no cobrada (61,74%), llegando a un porcentaje del 100% de deuda pendiente de cobro en el caso del CETI, y de deuda facturada a centros dependientes de la Ciudad Autónoma.
4. El importe de las facturaciones correspondiente a las asistencias prestadas por ambulancias del 061 se encuentra infravalorado, ya que no recoge la totalidad de las asistencias prestadas, como consecuencia de las dificultades existentes para la adecuada identificación y clasificación del paciente, y en el caso de accidentes de tráfico, para la identificación del vehículo, así como por las deficiencias en la aplicación informática de gestión.

Por su parte, en el Área Sanitaria de Melilla:

1. Si bien se procede a la facturación del importe total de las asistencias prestadas a personas que no tienen la condición de asegurado o beneficiario, no se procede a la remisión de las mismas a las personas extranjeras sin cobertura por el SNS, por lo que esta deuda figura pendiente de cobro prácticamente en su totalidad.
2. Existen errores en la clasificación por garantes de la deuda facturada en el 2016 y en la distribución de los cobros en función del año de emisión de la facturación.
3. Solamente se ha procedido al cobro de un 16,82% de la deuda existente en el ejercicio 2016, de la que el 98,15% procede de atenciones derivadas de accidentes de tráfico, laborales o prestadas a particulares con seguros privados.

### II.3.3.3. FACTURACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Respecto a la Atención Especializada, en ambas Áreas Sanitarias la facturación de estas asistencias estaba afectada en el ejercicio 2016 por los problemas derivados de la entrada en vigor el 1 de enero, de la nueva clasificación para la codificación clínica y registro de morbilidad en España CIE-10-ES, que sustituye a la clasificación CIE-9-MC como clasificación de referencia, de

acuerdo con la agenda de transición aprobada por el Consejo Interterritorial del 21 de marzo de 2013<sup>49</sup>. Esta circunstancia ha implicado una problemática variada:

1. Existencia de importantes dilaciones al realizarse las labores de codificación por personal que no ha participado directamente en el proceso asistencial.
2. A pesar de la obligatoriedad en el cambio de la clasificación para la codificación clínica, se ha seguido aplicando la Resolución de 19 de julio de 2013, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, sobre revisión de precios, la cual se basa en el anterior sistema de codificación CIE-9-MC, hecho que conlleva la necesidad de doble codificación de todos los procesos facturables hasta la aprobación de la nueva Resolución adaptada.
3. Inexistencia de un mapa de conversiones CIE9-MC/CIE10-ES bidireccional, que permita conservar los datos de forma que facilite la facturación de los procesos.

Los hechos anteriores implican dos consecuencias que inciden de forma directa en el proceso de facturación:

1. La mayoría de los procesos hospitalarios en el Área Sanitaria de Ceuta y sobre todo en el de Melilla se siguieron codificando en el sistema CIE-9-MC y sin doble codificación de procesos en el año 2016.
2. Se han codificado solamente los procesos que, a juicio de los responsables de facturación de las Áreas Sanitarias, eran susceptibles de ser cobrados. Por tanto, no se está remitiendo ni elaborando facturación de los ingresos hospitalarios u hospitalizaciones de extranjeros sin cobertura por el SNS (particulares extranjeros no asegurados, fuera del ámbito de la “*Tarjeta Sanitaria Europea*” u otros terceros obligados al pago que no sean particulares).

#### II.3.3.4. FACTURACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA DISPENSADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA EN APLICACIÓN DE NORMAS INTERNACIONALES

##### II.3.3.4.a) Consideraciones generales

Las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios son aquellas prestaciones en especie que la Seguridad Social de un país dispensa a los asegurados de la Seguridad Social de otro país desplazados a su territorio, en las mismas condiciones que a sus propios asegurados, siempre que ambos países pertenezcan al ámbito de aplicación de los Reglamentos Comunitarios vigentes en esta materia.

Los Reglamentos Comunitarios (CE) nº 883/2004 y nº 987/2009 se aplican para la coordinación de los Sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros de la Unión Europea desde el 1 de mayo de 2010. También son aplicables en las relaciones con Suiza y en las relaciones con los Estados pertenecientes al Espacio Económico Europeo.

Los importes facturados por el INGESA correspondientes a prestaciones dispensadas a asegurados de otros países en virtud de los citados Reglamentos Comunitarios en los ejercicios 2016 y 2017 se muestran en el cuadro siguiente:

---

<sup>49</sup> Hasta el 1 de enero de 2016, la clasificación GRD utilizada en España para el análisis de la casuística hospitalaria ha sido el All Patient GRD (AP-GRD), diseñado para que las variables clínicas estén codificadas con CIE-9-MC, si bien tras el necesario paso a CIE-10-ES (debido a la falta de actualización del CIE-10-MC), ha sido necesario renovar tanto el sistema de codificación de las enfermedades y procedimientos como el agrupador, por lo que a partir de 2016 se utilizará el All Patients Refined (APR-GRD).

**CUADRO N.º 21**  
**IMPORTES DE LAS ASISTENCIAS PRESTADAS POR EL INGESA EN VIRTUD DE LOS**  
**REGLAMENTOS COMUNITARIOS DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**Ejercicios 2016 y 2017**  
**(Euros)**

Centro	2016	2017
Hospital Universitario de Ceuta	147.384,06	35.653,28
Hospital Comarcal de Melilla	90.465,03	0,00
Gerencia Atención Primaria Ceuta	7.236,96	0,00
Gerencia Atención Primaria Melilla	23.094,43	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>268.180,48</b>	<b>35.653,28</b>

Fuente: Información del INGESA.

De acuerdo con el cuadro anterior, los importes de las asistencias prestadas por el INGESA a asegurados de otros países en virtud de los Reglamentos Comunitarios de Seguridad Social por el INGESA ascendieron a 268.180,48 euros en el ejercicio 2016, sufriendo un notable descenso en 2017 (minoración del 86,71%).

Por otra parte, el Convenio sobre Seguridad Social entre España y el Reino de Marruecos, de 8 de noviembre de 1979, modificado por el Protocolo Adicional al Convenio de 27 de enero de 1998, en vigor desde 1 de octubre de 1982, y el Acuerdo Administrativo y Protocolo Adicional al Convenio sobre Seguridad Social hispano-marroquí, (8 de febrero de 1984), prevén la facturación de la asistencia sanitaria prestada a trabajadores al servicio de una empresa marroquí que estén desplazados y trabajen en España, aunque coticen en el Reino de Marruecos. De la información facilitada por el INGESA relativa a la facturación emitida durante el período 2016 a 2017, se deduce que únicamente se facturó, por parte del Hospital Universitario de Ceuta, un importe de 1.260,34 euros en el ejercicio 2016, y ningún importe en el ejercicio 2017.

*II.3.3.4.b) Facturación por la asistencia prestada por la Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla*

El procedimiento de gestión de la facturación en aplicación de los Reglamentos Comunitarios de Seguridad Social, comienza con la asistencia sanitaria prestada por las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla; posteriormente, estas remiten al INSS, como organismo de enlace español, la facturación dirigida al país extranjero correspondiente para su cobro.

A este respecto, se han detectado las siguientes deficiencias por parte del INGESA:

a) Falta de remisión de la facturación al Instituto Nacional de la Seguridad Social

La Gerencia de Atención Primaria de Melilla, encargada de enviar la facturación por las prestaciones de asistencia sanitaria dispensadas a asegurados de otros Estados miembros al INSS, no había remitido ninguna facturación a esta Entidad Gestora desde el mes de agosto de 2014.

El importe de la asistencia sanitaria prestada durante dicho período que no fue enviada al INSS y, por tanto, no fue facturada ni cobrada a los organismos de enlace extranjeros correspondientes, ascendió a 85.334,73 euros.

Aun cuando en el mes de diciembre de 2017 la citada Gerencia de Atención Primaria, a instancias del Tribunal de Cuentas, reanudó la remisión de la facturación correspondiente a estas prestaciones de asistencia sanitaria (incluyendo las facturaciones atrasadas), la

ausencia de envío de dicha facturación durante más de tres años constituyó un grave defecto de gestión de los fondos públicos<sup>50</sup>.

Por otra parte, ni en la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla, ni en la Dirección Territorial del INGESA en Melilla, ni por parte de los Servicios Centrales del INGESA, existe ningún mecanismo de control o verificación de envío de esta información para su facturación y cobro. La Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla únicamente remite información de la facturación efectuada (aun cuando la misma ni siquiera haya sido remitida al INSS para su cobro a los organismos de enlace extranjeros) a la Dirección Territorial del INGESA en Melilla, con efectos meramente estadísticos.

b) Ausencia de datos identificativos en las unidades de admisión que impiden la facturación

De acuerdo con una instrucción relativa a facturación a terceros existente en el Hospital Comarcal de Melilla, *“en caso de asistencia a pacientes con Tarjeta Sanitaria Europea se cumplimentará siempre el modelo H1 y se pasará para su firma tanto al paciente como al médico responsable de su asistencia, comprobando antes de su entrega al Servicio de Admisión Central que todos los apartados están debidamente cumplimentados (diagnóstico, fecha de atención, etc.). Asimismo, se adjuntará fotocopia de la citada tarjeta sanitaria y pasaporte”*.

A pesar de lo establecido en dicha instrucción, que dispone la obligatoriedad de comprobar que todos los apartados del formulario de facturación están debidamente cumplimentados y de adjuntar fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Europea y del pasaporte del paciente atendido, una de las principales dificultades para la facturación de estas asistencias son los defectos en la cumplimentación de los formularios, principalmente en lo que se refiere a los datos o a la firma del paciente.

Aun cuando no haya sido posible cuantificar el importe no facturado a causa de errores o ausencia de datos en la cumplimentación de los formularios de facturación, por no conservarse, con carácter general, la documentación correspondiente a los datos incompletos, sí se ha evidenciado la existencia de asistencias prestadas y no facturadas por no contar con los datos necesarios para ello (falta de fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Europea o ausencia de firma del paciente, principalmente).

c) Deficiencias en el procedimiento de gestión

La principal deficiencia del procedimiento de facturación de estas asistencias es la ausencia de informatización del mismo. Es decir, la totalidad de la facturación de este tipo de asistencia sanitaria se efectúa en formato papel.

Así, no existe ninguna aplicación en las unidades de gestión en las Gerencias de Atención Sanitaria (ni en los servicios de urgencias de los dos centros hospitalarios, ni en la unidad de admisión de consultas externas, ni en los centros de Atención Primaria) a través de la cual estas unidades puedan gestionar esta facturación, realizándose todo el procedimiento en formato papel.

Asimismo, el envío de la facturación al INSS también se realiza en formato papel, sin que exista una plataforma de intercambio de información de manera telemática entre las Gerencias de Atención Sanitaria y Direcciones Territoriales de Ceuta y Melilla y el INSS.

---

<sup>50</sup> El INGESA manifiesta en sus alegaciones que *“se han adoptado las medidas oportunas para la remisión de los formularios E-111 al Instituto Nacional de la Seguridad Social, que se encontraban pendientes de tramitar desde agosto de 2014. A día de la fecha ya se encuentran enviados la totalidad de formularios afectados”*.

Este procedimiento manual incrementa la dificultad para establecer un adecuado control sobre la facturación, provoca retrasos e implica la existencia de riesgo de errores en los importes facturados así como de pérdidas de facturación.

#### **II.3.4. Facturación emitida por el Centro Nacional de Dosimetría y Protección Radiológica**

##### **II.3.4.1. DEUDAS PENDIENTES DE COBRO EN LAS QUE SE HA SUPERADO EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN**

El CNDPR ha venido prestando desde su creación servicios de dosimetría personal externa a entidades tanto públicas como privadas, para verificar que los trabajadores de dichas entidades que estén en contacto con aparatos que emiten radiaciones ionizantes no han superado las dosis máximas establecidas en el Real Decreto 783/2011, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.

Este servicio de dosimetría se presta por el CNDPR mediante la entrega de dosímetros a los trabajadores expuestos a las radiaciones, para determinar las dosis individuales de radiación que han recibido, con periodicidad mensual.

Por su parte, el CNDPR cuenta también con un Laboratorio de Calibración de aparatos de medida de radiodiagnóstico, prestando servicios de calibración de equipos a Unidades y Servicios de Protección Radiológica del SNS, así como a entidades privadas.

Hasta el ejercicio 2016, estos servicios se han venido prestando de forma gratuita a las entidades públicas por parte del CNDPR, con carácter general, facturando los servicios prestados a las entidades privadas<sup>51</sup>. Solo a partir del ejercicio 2017 el CNDPR empezó a facturar por estos servicios también a las entidades públicas<sup>52</sup>.

Por tanto, es necesario distinguir entre aquellos importes pendientes de cobro de entidades a las que el CNDPR ha venido facturando históricamente (deuda antigua), de aquellos otros importes procedentes de entidades a las que hasta el ejercicio 2017 se venía prestando el servicio gratuitamente, y que como consecuencia del cambio de criterio, se reclamaron a partir de dicho ejercicio con carácter retroactivo.

Respecto a las deudas antiguas, se detallan en el cuadro siguiente los importes pendientes de cobro a 31 de diciembre de 2016:

---

<sup>51</sup> Entre las entidades públicas, únicamente se habían facturado los servicios prestados a la Dirección General de Protección Civil.

<sup>52</sup> Mediante Resolución de 25 de enero de 2018, del INGESA, se modificó la de 19 de julio de 2013, sobre revisión de precios a aplicar, entre otros, por los servicios prestados por el CNDPR, se ampliaron los servicios y actividades a realizar por esta Entidad, y se produjo un cambio en el sistema de tarificación del servicio de dosimetría personal externa, considerando la obligatoriedad del cobro del servicio a las instituciones tanto públicas como privadas. Esta Resolución, en su Disposición final, estableció que *“producirá efectos desde el día 1 de enero de 2017, aplicándose la misma a las actividades y servicios efectuados por el CND desde esa fecha”*.

**CUADRO N.º 22**  
**IMPORTE DE LAS DEUDAS PENDIENTES DE COBRO POR EL CNDPR**  
**A 31.12.2016**  
**(Euros)**

Entidad deudora	Tipo de entidad	Ejercicios de facturación	Importe pendiente
DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL	Pública	1995-2001	168.632,15
DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL	Pública	2002-2006	143.093,68
DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL	Pública	2007	23.433,80
empresa 12	Privada	2002	5.176,00
empresa 13	Privada	2004	1.148,14
empresa 13	Privada	2004	1.148,14
empresa 12	Privada	2002	1.117,96
empresa 14	Privada	1999	809,20
empresa 13	Privada	2004	656,08
empresa 15	Privada	1997	216,36
<b>TOTAL</b>			<b>345.431,51</b>

Fuente: Información del INGESA.

Como se puede comprobar en el cuadro anterior, a 31 de diciembre de 2016 existía un importe pendiente de cobro correspondiente a cinco deudores, uno de los cuales era de naturaleza pública, y el resto de naturaleza privada, por importe total de 345.431,51 euros.

Estos ingresos tienen la naturaleza de ingresos de derecho público; en concreto, se trata de precios públicos, de acuerdo con el artículo 24 de la Ley 8/1989, de 13 de abril, de Tasas y Precios Públicos, y por ello, deben ser recaudados en vía voluntaria por el CNDPR, por cuenta de la Administración General del Estado, e ingresados en el Tesoro Público, al no tener la naturaleza de ingresos de la Seguridad Social. Por su parte, las deudas en período ejecutivo deben ser recaudadas por la AEAT, tras ser comunicada la deuda por parte del INGESA a la citada Agencia.

Asimismo, de acuerdo con el artículo 15 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, los derechos de naturaleza pública tienen un plazo de prescripción de 4 años.

En consecuencia, y a falta de conocer si han concurrido causas de interrupción, el CNDPR podría haber permitido la prescripción de una deuda por importe 345.431,51 euros, al haber transcurrido el plazo previsto en la normativa y no haber comunicado a la AEAT esta deuda para su cobro en vía ejecutiva, por lo que el citado Centro incumplió los principios generales de la buena gestión financiera del sector público (economía y eficiencia), al no adoptar las medidas necesarias para el cobro de la misma<sup>53</sup>.

#### II.3.4.2. DEUDAS PENDIENTES DE COBRO NO PRESCRITAS

Respecto a la deuda pendiente de cobro a aquellas entidades a las que, sin causa justificada, se venía prestando el servicio gratuitamente, y a las que en 2017, con carácter retroactivo, se empezaron a reclamar las cantidades correspondientes, es necesario señalar que no existe un procedimiento de facturación aprobado por el CNDPR, en el que se determinen, entre otras cuestiones, los plazos para el envío de las mismas a la AEAT, una vez transcurrido el período voluntario de pago.

<sup>53</sup> En sus alegaciones el INGESA manifiesta que “respecto a la prescripción de la deuda de naturaleza pública, concretamente la de la Dirección General de Protección Civil, que asciende a 335.159,63 €, ya se ha pronunciado la Intervención General de la Seguridad Social, en su informe de 21 de diciembre de 2011, concluyendo que no existe perjuicio para la Administración General del Estado... <<ya que en tal caso se reúne en una misma persona jurídica (Administración General del Estado) las cualidades de acreedor y deudor>>”.



El CNDPR envió entre los meses de julio de 2017 y febrero 2018 las liquidaciones por los servicios prestados en los ejercicios 2012 a 2016, por un importe total de 17.303.315,04 euros, a aquellas entidades públicas a las que, hasta la fecha, prestaba sus servicios gratuitamente, habiéndose cobrado hasta el momento un 18,03%, con el detalle que se refleja en el Anexo nº 14.

Asimismo, existen deudas cuyo plazo de prescripción se interrumpió, con fechas 5 de junio y 17 de julio de 2015, mediante comunicación efectuada por el CNDPR a las empresas 16 y 17 por importe de 809,04 euros y 404,52 euros, respectivamente.

#### II.3.4.3. INEXISTENCIA DE CONVENIO CON LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

El CNDPR actúa como Unidad Técnica de Protección Radiológica de las instalaciones de radiodiagnóstico de la red de centros sanitarios dependientes del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (ya que dicha Comunidad carece de Servicio de Protección Radiológica propio), así como de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

En el ejercicio 2016, el CNDPR realizó 29 desplazamientos, visitando un total de 98 centros y establecimientos sanitarios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, efectuando el análisis de 349 equipos.

Sin embargo, estos servicios prestados por el CNDPR se realizaron sin la existencia de un contrato o convenio entre ambas entidades, incumplándose en consecuencia el artículo 24.2 del Real Decreto 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico, que establece que *“los contratos de prestación de servicios que las Unidades Técnicas formalicen con los titulares de las instalaciones deberán establecerse por escrito y expresarán la aceptación por parte de quienes los suscriban que aquellas deberán informar al Consejo de Seguridad Nuclear de las circunstancias adversas a la seguridad de que tengan conocimiento en el desarrollo de sus funciones”*<sup>54</sup>.

Por otra parte, el CNDPR no ha facturado los servicios prestados al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha por las verificaciones efectuadas en sus instalaciones de radiodiagnóstico en el ejercicio 2016. Conviene señalar que la Resolución de 19 de julio de 2013, del INGESA, sobre revisión de precios a aplicar por los servicios prestados por el CNDPR, vigente en el citado ejercicio, no contempló unos precios públicos a aplicar por el CNDPR en sus actuaciones.

No es hasta la Resolución de 25 de enero de 2018, del INGESA, por la que se modifica la de 19 de julio de 2013, cuando se incluye en la misma el epígrafe 6.4, relativo a los *“Servicios de la Unidad Técnica de Protección Radiológica”*.

Por tanto, el CNDPR no ha facturado los servicios prestados al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha hasta el ejercicio 2018.

#### II.3.4.4. AUSENCIA DE REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO

La Disposición Adicional Cuarta del Real Decreto 1746/2003, de 19 de diciembre, por el que se regula la organización de los servicios periféricos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y la composición de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión, señala que *“el Centro Nacional de Dosimetría, .... En el plazo de un año desde la entrada en vigor de este real decreto, se elaborará por la Presidencia del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria un reglamento de funcionamiento del centro, que será sometido a dictamen del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con carácter previo a su aprobación”*.

<sup>54</sup> En sus alegaciones el INGESA manifiesta, que el CNDPR ya ha procedido a recabar, de las Entidades a las que presta el servicio en el año 2018, la firma de las Condiciones Generales y su anexo adjunto, donde se detalla el alcance concreto de los servicios a prestar por la UTPR y la responsabilidad de cada una de las partes, conforme requería el Consejo de Seguridad Nuclear, si bien estos extremos no se han acreditado documentalmente.

A pesar de que han transcurrido más de 13 años desde que finalizó el plazo establecido en el citado Real Decreto 1746/2003, el INGESA todavía no ha aprobado un reglamento de funcionamiento del CNDPR.

La falta de reglamento provoca la ausencia de regulación de aspectos fundamentales de la gestión del citado Centro, como los relativos a la facturación de los servicios de análisis dosimétricos y de la Unidad Técnica de Protección Radiológica y la falta de descripción de las funciones de sus diferentes órganos, entre otros aspectos.

## **II.4. TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA Y EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA**

### **II.4.1. Consideraciones generales**

El artículo 3 de la Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados define residuo como *“cualquier sustancia u objeto que su poseedor deseche o tenga la intención o la obligación de desechar”*.

En la Ciudad Autónoma de Melilla existe el *“Plan integrado de gestión de residuos de la Ciudad Autónoma de Melilla 2012-2016”*, que clasifica los residuos hospitalarios en: asimilables a urbanos, sanitarios no específicos, sanitarios específicos y tipificados en normativas singulares, citotóxicos. En relación con todos ellos, el Plan integrado establece distintas medidas para su separación, tratamiento, eliminación, almacenamiento, transporte exterior e intracentro.

Por su parte, la Ciudad Autónoma de Ceuta elaboró en diciembre de 2016 el *“Plan integrado de gestión de residuos”*, que distingue entre residuos domésticos y comerciales, residuos con legislación específica, residuos industriales, residuos agrarios, lodos, residuos sanitarios y residuos de industrias extractivas.

Por su especial tipología, por existir un mayor riesgo en su gestión, y por ser los residuos más característicos que se originan en los centros y establecimientos sanitarios, se ha centrado el análisis únicamente en los residuos de carácter sanitario originados en el Hospital Universitario de Ceuta y el Hospital Comarcal de Melilla, obviándose los residuos generados asimilables a residuos urbanos (entre otros, envases, cartón y restos de cocinas y comidas).

### **II.4.2. Gestión de los residuos sanitarios de los Hospitales Universitario de Ceuta y Comarcal de Melilla**

De acuerdo con la Ley 22/2011, de 28 de julio, es un *“productor de residuos”* cualquier persona física o jurídica cuya actividad produzca residuos. En este caso, los centros y establecimientos sanitarios dependientes de las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla, como consecuencia de la actividad asistencial que realizan, son productores de residuos.

Por su parte, la *“gestión de residuos”*, de acuerdo con la mencionada Ley, comprende la recogida, el transporte y tratamiento de los residuos, incluida la vigilancia de estas operaciones, así como el mantenimiento posterior al cierre de los vertederos, incluidas las actuaciones realizadas en calidad de negociante o agente, siendo el *“gestor de residuos”* la persona o entidad, pública o privada, registrada mediante autorización o comunicación que realice cualquiera de las operaciones que componen la gestión de los residuos, sea o no el productor de los mismos.

El 3 de agosto y el 25 de septiembre de 2010 las Gerencias de las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla, respectivamente, y la empresa 18 firmaron sendos contratos, cuyo objeto era la gestión de los residuos sanitarios del INGESA en las citadas Áreas.

Ambos contratos tenían una vigencia de tres años, prorrogables hasta un máximo de seis.

En consecuencia, el gestor de residuos en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla es la empresa 18, autorizada mediante Resolución de 3 de noviembre de 2006 de la Dirección General de Prevención y Calidad Medio Ambiental de la Junta de Andalucía.

Los PPT de ambos contratos establecían que la prestación incluiría, en general, las siguientes actuaciones: a) suministros de envases y contenedores, b) recogida de residuos, c) transporte, d) tratamiento específico y e) eliminación.

Se ha comprobado el suministro por parte de la empresa adjudicataria de los diferentes tipos de contenedores en función del tipo de residuo, de conformidad con los respectivos PPT.

Asimismo, dentro del circuito de recogida, existe en cada planta del Hospital Universitario de Ceuta un almacén de residuos, a diferencia del Hospital Comarcal de Melilla, donde los contenedores no tienen un lugar específico para su colocación<sup>55</sup>. Se ha comprobado que los envases que estaban siendo utilizados contenían los residuos adecuados al tipo de envase.

Desde cada almacén de residuos de planta, en el caso del Hospital Universitario de Ceuta, y desde donde se encuentren situados los contenedores en cada planta, en el Hospital Comarcal de Melilla, la persona encargada los recoge para transportarlos a un punto de almacén intermedio fuera del recinto hospitalario.

Se ha verificado que los dos almacenes situados en el exterior de ambos recintos hospitalarios contaban con la correspondiente refrigeración y estaban en condiciones correctas de limpieza y no saturación, de acuerdo con lo establecido en los correspondientes PPT.

Asimismo, también se ha comprobado que el medio de transporte desde las diferentes plantas del Hospital Comarcal de Melilla hasta el almacén exterior cumple con lo previsto en el punto 4.2.4 del PPT (*"uso exclusivo, paredes lisas sin elementos cortantes o perforantes"*). Por su parte, el PPT del contrato correspondiente al Área Sanitaria de Ceuta no establecía ningún requisito a este respecto.

Una vez recogidos los contenedores, los mismos se transportan hasta las dos empresas subcontratadas, encargadas de destruirlos. Los contenedores con residuos citotóxicos son enviados a una planta de destrucción de residuos tóxicos. Este tipo de contenedores se destruyen en su totalidad y no son reutilizados. También se destruyen los contenedores amarillos de tamaño reducido donde se depositan las jeringuillas y objetos similares. El resto de contenedores se limpian, se desinfectan y son devueltos.

El Hospital Universitario de Ceuta y el Hospital Comarcal de Melilla disponen de los certificados de destrucción de los residuos elaborados por la empresa adjudicataria.

#### **II.4.3. Deficiencias detectadas en la gestión de los residuos sanitarios en el Hospital Universitario de Ceuta y el Hospital Comarcal de Melilla**

##### **II.4.3.1. AUSENCIA DE LIMPIEZA DE LOS ASCENSORES UTILIZADOS PARA EL TRASLADO DE RESIDUOS**

De acuerdo con el apartado 4.2.1. del PPT del contrato de gestión de residuos en el Área Sanitaria de Melilla, *"en el caso de que los centros no dispongan de circuitos independientes, los montacargas o ascensores elegidos para la evacuación de residuos se emplearán exclusivamente para este fin durante el horario de recogida. Una vez finalizado el transporte y antes de su uso por el personal o usuarios, se limpiarán adecuadamente"*. Sin embargo, a pesar de que el Hospital

---

<sup>55</sup> En sus alegaciones el INGESA señala, respecto al Hospital Comarcal de Melilla, que los contenedores de residuos se almacenan, en todos los casos, en el office sucio de cada planta, hasta el momento de su recogida con destino al almacén intermedio. Sin embargo, en la verificación física de los contenedores de residuos efectuada por los miembros del equipo fiscalizador se comprobó que, en caso de existir dicho office sucio específico para cada planta, los contenedores no estaban ubicados en el mismo.

Comarcal de Melilla no dispone de ascensores de uso exclusivo para el transporte de residuos, los ascensores empleados para la evacuación de residuos no son objeto de limpieza después del citado transporte y antes de su uso por el personal o por los usuarios<sup>56</sup>.

Por su parte, el PPT del contrato aplicable en el Hospital Universitario de Ceuta no hace referencia a la limpieza de los ascensores, si bien se ha comprobado que tampoco existe ninguno de uso exclusivo para el transporte de residuos.

#### II.4.3.2. AUSENCIA DE INFORMES DE CONTROL

El punto 6.5 del PPT del contrato de gestión de residuos aplicable al Área Sanitaria de Melilla establece la obligación por parte del INGESA de realizar controles internos y externos de calidad del servicio de gestión de residuos. De acuerdo con dicho PPT, los controles externos se deberían efectuar trimestralmente por una empresa de control de calidad designada por el INGESA. Sin embargo, el Hospital Comarcal de Melilla no contaba con dichos informes externos de calidad.

Por su parte, el apartado 8 de los PPT del contrato de gestión de residuos aplicable en el Hospital Universitario de Ceuta, relativo a las actuaciones de coordinación, control e inspección, establecía que *“el Servicio de Medicina Preventiva evaluará mensualmente la actividad”*. Sin embargo, en los ejercicios 2016 y 2017 no se han llevado a cabo dichas evaluaciones por parte del citado Servicio<sup>57</sup>.

#### II.4.3.3. FALTA DE CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

El apartado 6.4.2 del PPT del contrato de gestión de residuos en el Hospital Comarcal de Melilla establecía que el ejercicio de las facultades de control e inspección correspondería a la Gerencia de Atención Sanitaria, quien debería constituir una Comisión de Seguimiento en la que se integrarían, entre otros, un técnico de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales y un representante de las Unidades de Hostelería y de Contratación Pública.

A pesar de lo anterior, dicha Comisión de Seguimiento no ha sido constituida por la citada Gerencia, por lo que las facultades de inspección y control no se han desarrollado de conformidad con lo establecido en los PPT.

#### II.4.3.4. RESIDUOS RECOGIDOS NO INCLUIDOS EN EL CERTIFICADO DE DESTRUCCIÓN

Existen dos tipos de documentos para el control de la gestión de los residuos por parte de la empresa adjudicataria, tanto en el Área Sanitaria de Ceuta como en Melilla. Dichos documentos son los Documentos de Control y Seguimiento de Residuos Peligrosos y los certificados de eliminación que se deben elaborar por la empresa adjudicataria.

Respecto a los Documentos de Control y Seguimiento de Residuos Peligrosos, el artículo 37 del Real Decreto 833/1988, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento para la ejecución de la

---

<sup>56</sup> El INGESA señala en sus alegaciones que existe un montacargas, identificado como “SUCIO”, destinado a la evacuación de residuos, tanto biosanitarios como asimilables a urbanos, productos paletizados, herramientas del servicio técnico de mantenimiento, carros de residuos de comidas y carros de ropa sucia, el cual es limpiado e higienizado como mínimo una vez al día por el servicio de limpieza del Hospital. Esta circunstancia, por tanto, no contradice lo indicado por este Tribunal de Cuentas (la limpieza de este montacargas no se lleva a cabo inmediatamente después del traslado de residuos y antes de que sea utilizado por otro personal o usuarios).

<sup>57</sup> En sus alegaciones el INGESA manifiesta que la circunstancia indicada se debió a la falta de efectivos en el servicio de Medicina Preventiva y que en la actualidad esta situación ha sido corregida.

Ley 20/1986, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos, en la redacción dada por el Real Decreto 952/1997, de 20 de junio, establece la obligación por parte del gestor de elaborar los mismos<sup>58</sup>.

La empresa adjudicataria entregó correctamente dichos Documentos de Control y Seguimiento de Residuos Peligrosos correspondientes al ejercicio 2016 para las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla (un total de 441 documentos en Ceuta y de 125 en Melilla) donde constaba el origen y tipo de los residuos, la cantidad recogida y la matrícula del vehículo que los retiró.

De acuerdo con dichos Documentos, el volumen de residuos recogidos en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla en el ejercicio 2016 fue el siguiente:

**CUADRO N.º 23**  
**VOLUMEN DE RESIDUOS RECOGIDOS EN LAS ÁREAS SANITARIAS DE CEUTA Y MELILLA**  
**Ejercicio 2016**  
**(Kilogramos)**

Mes	Ceuta	Melilla
ENERO	6.277,00	4.920,50
FEBRERO	5.815,00	5.630,60
MARZO	6.333,00	5.722,10
ABRIL	5.154,00	4.852,50
MAYO	6.401,00	6.315,15
JUNIO	6.004,00	6.931,25
JULIO	5.834,00	6.781,00
AGOSTO	5.839,00	7.146,55
SEPTIEMBRE	4.852,00	5.757,80
OCTUBRE	5.872,00	5.802,60
NOVIEMBRE	4.418,00	6.827,20
DICIEMBRE	1.877,00	6.149,95
<b>TOTAL</b>	<b>64.676,00</b>	<b>72.837,20</b>

Fuente: Información del INGESA.

Además de los citados Documentos, la empresa adjudicataria también entregó los certificados mensuales de eliminación de residuos.

A este respecto, se ha comprobado que todos los Documentos de Control y Residuos Peligrosos eran coincidentes con los respectivos certificados de eliminación de residuos, excepto un Documento del mes de julio de 2016, correspondiente al Área de Atención Primaria de Melilla, referido a 99,4 kilogramos, el cual no figuraba incluido en el certificado de eliminación de residuos expedido por la empresa adjudicataria<sup>59</sup>.

<sup>58</sup> El Real Decreto 180/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el traslado de residuos en el interior del territorio del Estado, deroga, entre otros, el artículo 37 del Real Decreto 833/1988, de 20 de julio. Asimismo, el Real Decreto 180/2015, de 13 de marzo, regula en su artículo 6 del Documento de identificación, equivalente al Documento de Control y Seguimiento mencionado en el Real Decreto 833/1988, indicando que antes de iniciar un traslado de residuos el operador cumplimentará el documento de identificación, y su artículo 2 define el "operador del traslado" como la persona física o jurídica que pretende trasladar o hacer trasladar residuos para su tratamiento, y en quien recae la obligación de notificar el traslado.

<sup>59</sup> En sus alegaciones el INGESA manifiesta que esta circunstancia se debe a un error informático y que la empresa adjudicataria confirma la destrucción por incineración del residuo indicado, por lo que ha solicitado la incorporación del documento a los registros informáticos y la reelaboración del certificado de destrucción.

#### II.4.3.5. PRESTACIÓN DEL SERVICIO SIN CONTRATO EN VIGOR

Durante el ejercicio 2016 estuvo vigente en el Área Sanitaria de Ceuta la prórroga del contrato inicial de gestión de residuos, suscrito en el ejercicio 2010. Dicha prórroga abarcaba el período comprendido entre el 3 de agosto de 2015 y el 2 de agosto de 2016.

A la fecha de finalización de los trabajos de campo de esta fiscalización en el Hospital Universitario de Ceuta (enero de 2018), el INGESA todavía no había firmado un nuevo contrato, habiendo seguido prestando el servicio la empresa adjudicataria del contrato anterior.

Por su parte, en el Hospital Comarcal de Melilla durante el año 2016 estuvo vigente una prórroga del contrato inicial, también suscrito en el ejercicio 2010, que abarcaba el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016.

Posteriormente, el 31 de enero de 2017, el INGESA y la empresa 18 firmaron un nuevo contrato con vigencia desde el 1 de febrero de 2017 hasta el 31 de enero de 2019.

Por tanto, la citada empresa estuvo prestando servicios al INGESA sin un contrato en vigor en el período comprendido entre el 3 de agosto de 2016 y 31 de diciembre de 2016, así como durante todo el ejercicio 2017, en el Área Sanitaria de Ceuta, y entre el 1 de septiembre de 2016 y el 31 de enero de 2017 en el Área Sanitaria de Melilla, incumpliendo así lo establecido en el artículo 23 del TRLCSP, que prevé una duración del contrato no superior a la prevista en el mismo, incluyendo las prórrogas.

El importe abonado por el INGESA a la empresa 18, durante los cinco meses de 2016 y durante todo el ejercicio 2017 en los que no existió un contrato en vigor, en el Área Sanitaria de Ceuta, ascendió a 236.284,04 euros, y a 116.239,20 euros durante los cinco meses en los que no existió un contrato en vigor en el Área Sanitaria de Melilla.

#### II.5. CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO

La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, aplicable al INGESA en virtud de su artículo 2.1.b), establece unas obligaciones de publicidad activa en relación con la información cuyo conocimiento es relevante para garantizar la transparencia de la actividad de la Entidad.

De acuerdo con el artículo 5 de la citada Ley *“los sujetos enumerados en el artículo 2.1 publicarán de forma periódica y actualizada la información cuyo conocimiento sea relevante para garantizar la transparencia de su actividad relacionada con el funcionamiento y control de la actuación pública”*.

Las incidencias detectadas respecto al cumplimiento de las obligaciones de publicidad activa establecidas en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, por parte del INGESA son las siguientes:

1. El INGESA no ha publicado de forma periódica y actualizada en su página web la memoria de gestión correspondiente a las Direcciones Territoriales de Ceuta y Melilla, información que es relevante para conocer la gestión específica de las prestaciones sanitarias en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla.

Así, la última Memoria de Gestión de la Dirección Territorial de Ceuta publicada es del año 2005, no constando ninguna Memoria correspondiente a la Dirección Territorial de Melilla. No obstante, sí ha publicado la Memoria de Gestión del INGESA del ejercicio 2016 en su conjunto.

2. El INGESA no tiene publicado en su página web un organigrama actualizado que identifique a los responsables de los diferentes órganos y su perfil y trayectoria profesional, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 6.1 de la citada Ley 19/2013, de 9 de diciembre.

3. El INGESA tampoco tiene publicados en su página web los planes y programas anuales y plurianuales en los que se fijan objetivos concretos, así como las actividades, medios y tiempo previsto para su consecución, incumpliendo lo establecido en el artículo 6.2 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre.
4. No constan en la página web del INGESA la relación de convenios de asistencia sanitaria concertada suscritos en el ejercicio 2016, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 8.1.b) de la citada Ley 19/2013, de 9 de diciembre.

Respecto al derecho de los ciudadanos de acceso a información pública, es conveniente señalar que en la página web del INGESA no existe un acceso directo para solicitar dicha información pública sobre la actividad asistencial que presta o sobre cualquier otra información, sino que tan solo proporciona una cuenta de correo electrónico para contactar con la entidad ([informacioningesa@ingesa.msssi.es](mailto:informacioningesa@ingesa.msssi.es)) con la finalidad plantear “*cualquier sugerencia o consulta*”.

En el ejercicio 2016 el INGESA recibió solamente una consulta (relativa a los hábitos alimentarios de los pacientes hospitalizados), mientras que en el ejercicio 2017 se recibieron 13 consultas (8 de las cuales fueron efectuadas por la misma persona).

El INGESA contestó la consulta del ejercicio 2016 en el plazo legalmente establecido de 30 días, así como todas las del ejercicio 2017 excepto en tres de ellas, si bien el retraso fue irrelevante (en concreto, 31, 34 y 35 días).

Por otra parte, el artículo 5.2 de la Ley 19/2013 establece que “*las obligaciones de transparencia contenidas en este capítulo se entienden sin perjuicio de la aplicación de la normativa autonómica correspondiente o de otras disposiciones específicas que prevean un régimen más amplio en materia de publicidad*”.

En este sentido, el Real Decreto 1658/2012, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Plan Estadístico Nacional 2013-2016, incluía entre las operaciones estadísticas obligatorias por exigencia de la normativa comunitaria europea, el Sistema de Información de Atención Primaria del SNS, así como otra información de Atención Especializada del SNS.

Las citadas estadísticas son de cumplimentación obligatoria, por lo que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ofrece la posibilidad de consulta de esta información, que es suministrada por el INGESA.

En el análisis de la información contenida en Portal Estadístico del SNS, elaborada por el INGESA, se han detectado las siguientes deficiencias:

1. En referencia a la información de Sistema de Información de Atención Primaria, enviada por los Servicios Centrales del INGESA, se ha constatado la ausencia de información en cuestiones tales como número de pacientes atendidos, clasificación por edades y sexo, clasificación de tareas por facultativo en atención de urgencias 061 y atenciones de enfermería no programadas, así como errores en el número de atenciones de facultativos.

Asimismo, no se registra información alguna de las actividades realizadas por las Unidades de Apoyo de Atención Primaria.

2. En cuanto a la información del Sistema de Información de Atención Especializada, remitida directamente por los dos centros hospitalarios, llama la atención especialmente la falta de remisión de información por parte del Hospital Comarcal de Melilla en el plazo solicitado al efecto.

Así, el citado centro hospitalario no facilitó información de actividad, personal, estructura, financiación y gasto relativa a los ejercicios 2014 y 2015, y en relación al ejercicio 2016, no es hasta el 20 de diciembre de 2017, tras varios requerimientos desde los Servicios Centrales del

INGESA, que establece como fecha límite de entrega de información el 30 de septiembre de 2017, cuando se facilita la información del citado ejercicio. A mayor abundamiento, esta última información incluye errores, ya que, al menos la actividad obstétrica comunicada es la del ejercicio 2015.

## **II.6. CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY ORGÁNICA 3/2007, DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES**

Las Directrices Técnicas de esta fiscalización, aprobadas por el Pleno del Tribunal de Cuentas en su sesión de 21 de diciembre de 2017, señalaban que se abordarían las cuestiones relacionadas con el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, de igualdad efectiva de mujeres y hombres, en el supuesto de que guardasen relación con los objetivos de la fiscalización.

Teniendo en cuenta la naturaleza de los procedimientos analizados, en el desarrollo de los trabajos no se han realizado comprobaciones relacionadas con la precitada Ley Orgánica 3/2007.

## **III. CONCLUSIONES**

### **III.1. CONCLUSIONES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN Y CONTROL SOBRE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA**

1. La actividad asistencial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) está especialmente condicionada por las prestaciones dispensadas a población extranjera no asegurada, debido, fundamentalmente, a dos circunstancias: por un lado, la situación fronteriza de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla con el Reino de Marruecos, existiendo numerosa población transeúnte procedente del citado país en ambas Ciudades; y, por otro, la diferencia existente entre el Producto Interior Bruto per cápita de España y el del Reino de Marruecos, lo que origina significativas diferencias en la prestación de los servicios sanitarios a la población (subepígrafe II.1.1.1).
2. Durante el período fiscalizado, el acceso a la sanidad pública en España ha estado vinculado al reconocimiento del derecho por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social, siempre que se cumplan los requisitos legalmente establecidos, y a estos efectos quedan excluidos de este derecho los extranjeros sin residencia legal en España, excepto en los tres supuestos recogidos en el artículo 3.ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (artículo añadido por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones): situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente; asistencia al embarazo, parto y posparto; y los extranjeros menores de 18 años, que serán asistidos en las mismas condiciones que los asegurados españoles<sup>60</sup>.

Consecuencia de lo anterior es que, además de la población que tiene derecho a la asistencia sanitaria como asegurado o beneficiario, en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla también debe considerarse como usuaria "*potencial*" a la población transeúnte y no residente legalmente en España, población que tiene un gran impacto en los servicios de urgencias, obstetricia y neonatología/pediatría/atenciones a menores de las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla, tal y como manifiestan los siguientes datos correspondientes al ejercicio 2016:

---

<sup>60</sup> Véanse notas a pie de página números 14, 15 y 16.



- a) En el ámbito de la atención en urgencias, distintos indicadores son notablemente más altos en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla si se les compara con la media de todo el Sistema Nacional de Salud. A estos efectos, se pueden citar:
- El ratio de frecuentación de urgencias por cada mil habitantes, que en Ceuta y Melilla supera la media del citado Sistema en un 65,96%.
  - El ratio de presión de urgencias, que supera la media del Sistema Nacional de Salud en un 15,36%.
  - O el porcentaje de episodios de urgencias que finaliza con alta médica del paciente, que en Ceuta y Melilla fue del 91,53%, siendo superior a la media del Sistema Nacional de Salud (87,03%).
- b) De la misma manera, y como consecuencia del elevado porcentaje de partos de mujeres extranjeras no aseguradas atendidos (50,99% del total de partos), en el área de obstetricia los indicadores correspondientes a las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla superan claramente a los correspondientes a todo el Sistema Nacional de Salud:
- El índice de fecundidad del INGESA fue el más alto de todo el Sistema Nacional de Salud, superando la media del citado Sistema en un 261,18%.
  - El número de partos atendidos por los facultativos de ginecología y obstetricia y las matronas del INGESA en el ejercicio 2016 excedió a la media del Sistema Nacional de Salud en un 218,05% y un 101,30% respectivamente.
  - Estos datos tienen como consecuencia, en múltiples ocasiones, complicaciones sanitarias tanto para la madre como para el recién nacido, puesto que son embarazos no controlados de los que no existe un conocimiento previo de antecedentes y patologías adicionales. A título de ejemplo se puede citar el caso del Área Sanitaria de Melilla, en la cual, como consecuencia de lo anterior, el 85,45% de las evacuaciones de recién nacidos a centros hospitalarios de la Península Ibérica y el 61,54% de las evacuaciones de mujeres embarazadas procedieron de partos de mujeres no aseguradas.
- c) En último lugar, respecto a la atención a menores de 18 años no asegurados, los datos de atención a población extranjera no asegurada también son importantes, destacando que el 71,39% de las atenciones a neonatos en el Área Sanitaria de Melilla, que el 29,35% del total de atenciones del servicio de pediatría en la citada Área también correspondió a este colectivo, así como el 26,38% de los ingresos hospitalarios e intervenciones con ingreso. El porcentaje de asistencias de atención especializada a este colectivo en el Área Sanitaria de Melilla superó el 50% del total de asistencias prestadas en muchas de las especialidades analizadas (destacan oftalmología, neonatología y las intervenciones quirúrgicas de medicina interna).

En consecuencia, existe numerosa población no protegida que se está acogiendo a las tres situaciones excepcionales recogidas en el art artículo 3.ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para el acceso a prestaciones sanitarias en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla, sin satisfacer ningún tipo de contraprestación económica por el servicio de atención sanitaria recibido (subepígrafe II.1.1.1).

3. El número de derivaciones de procesos hospitalarios efectuadas por el INGESA a otros centros del Sistema Nacional de Salud en el ejercicio 2016 excedieron a la media del citado Sistema en un 1.489,72%.

Además, no existen, para regular estas derivaciones, convenios de colaboración entre el INGESA y el resto de los Servicios de Salud, circunstancia que cobra una importancia fundamental en lo que respecta al Servicio Andaluz de Salud, puesto que el 94,89% de los pacientes derivados tuvieron como destino al citado Servicio<sup>61</sup> (subepígrafe II.1.1.2).

4. Un significativo importe de los pagos realizados por el INGESA en el ejercicio 2016, derivados de la contratación de servicios de asistencia sanitaria con empresas privadas, se efectuó al margen de los procedimientos de contratación previstos en el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público. En concreto, para el Área Sanitaria de Ceuta, el importe de abonos en los que se produjo este hecho fue de 111.788,41 euros, y para el Área Sanitaria de Melilla, 407.304,93 euros, lo que supuso un incumplimiento de los principios generales de libertad de acceso a las licitaciones, publicidad, transparencia, igualdad, no discriminación, igualdad de trato, y salvaguarda de la libre competencia que, de acuerdo con el artículo 1 del texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, deben regir en los procedimientos de contratación administrativa, así como de los artículos 27, 28, 109, 110 y 156, así como de los procedimientos de adjudicación establecidos en dicho texto refundido (subepígrafe II.1.2.2).
5. En relación a la formalización de los contratos para la prestación de asistencia sanitaria suscritos por el INGESA, cabe concluir lo siguiente (subepígrafe II.1.2.2):

- a) Durante el ejercicio 2016 se efectuaron pagos a dos empresas, aun cuando los contratos en vigor suscritos con las mismas, incluyendo las prórrogas, ya habían finalizado su vigencia. Este hecho deriva de la inclusión de una cláusula en los contratos, que señalaba que el servicio se seguiría prestando en las mismas condiciones una vez transcurridas las prórrogas, en tanto no se formalizara un nuevo contrato, cláusula que es contraria a lo establecido en los artículos 23 y 26.1.g) del texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

Además, este hecho se ha visto agravado porque en los contratos formalizados con posterioridad se produjo una disminución significativa en los precios de todas las pruebas concertadas respecto a los precios de los contratos antiguos extinguidos (un promedio cercano al 46%, llegando en algunos casos al 68%).

- b) Se han detectado fraccionamientos indebidos del objeto del contrato, prohibidos por el artículo 86.2 del texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, al haberse detectado una concatenación de contratos menores para la prestación de los mismos servicios (neurocirugía de espalda, pruebas e informes de electromiografía y procesos de hemodinámica), consecutivos en el tiempo en el ejercicio 2016, cuyas cuantías superaron el límite indicado en el artículo 138.3 y en la Disposición adicional vigésimo cuarta del texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, y que además se adjudicaron a las mismas empresas.

---

<sup>61</sup> El INGESA expone en sus alegaciones que el proceso de derivaciones se efectúa a través del programa SIFCO y no por convenios específicos. En este sentido, hay que precisar que el SIFCO, tal y como aparece definido en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, es un sistema que recoge los flujos de pacientes derivados entre Comunidades Autónomas, y que por tanto sirve de base para el cálculo de la distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria entre las mismas. Ello no significa, por tanto, que deba actuar como un sistema alternativo a los convenios de colaboración (el artículo 4.3 del Real Decreto 1207/2006 dispone que “*La derivación del paciente debe hacerse mediante solicitud..., y en coordinación con la comunidad autónoma de recepción...*”), de forma que la existencia de un convenio, fundamentalmente con el Sistema Andaluz de Salud, se plantea como mejora a las dificultades que el propio INGESA reconoce en la tramitación del proceso, dado el elevado número de derivaciones que se realizan. A modo de ejemplo, existen convenios de colaboración en esta materia, como los previstos por la Ley 1/2014, de 14 de marzo, de aprobación y autorización del Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de asistencia sanitaria, y la Orden PRE/1958/2016, de 21 de diciembre, por la que se dispone la publicación del convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana, para la prestación de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes.

La acumulación de estos contratos menores consecutivos con un mismo proveedor supuso no solo el riesgo de haberse abonado unos precios mayores respecto a los que se hubieran obtenido acudiendo a un procedimiento abierto o negociado, sino también el incumplimiento de los principios de transparencia, concurrencia, publicidad, igualdad y no discriminación, que deben regir en los procedimientos de contratación administrativa.

6. Respecto a la ejecución de los contratos, la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla suscribió un contrato el 28 de diciembre de 2011 con una empresa privada para la realización de pruebas de diagnóstico por imagen, al no contar el Hospital Comarcal con medios propios suficientes. Del análisis de la ejecución de dicho contrato en el período 2014 a 2016 se han detectado las siguientes incidencias:

a) Existieron incumplimientos del contrato, derivados de la facturación de pruebas de resonancias magnéticas no prescritas por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla, por importe de 92.997,75 euros, así como derivados de la facturación de pruebas, por importe de 52.984,94 euros, asociadas a prescripciones que contenían enmiendas, añadidos y tachaduras. También existieron incumplimientos del contrato por la facturación de pruebas no realizadas, por importe de 32.228,49 euros, y facturación de importes superiores a lo establecido en el contrato, por importe de 42.721,17 euros.

La suma de los importes anteriores supone un total de 220.932,35 euros (subepígrafe II.1.2.3.a).

b) Al margen de los incumplimientos anteriores, se detectaron hechos que suponen riesgo de un exceso de facturación, como la prescripción de 122 resonancias magnéticas de próstata con la técnica de espectroscopia, técnica que no aparecía prevista en el contrato, por importe de 33.835,60 euros, y la prescripción de 74 resonancias magnéticas de mamas efectuadas por el anterior Jefe de la Sección de Radiología del Hospital Comarcal de Melilla, quien a su vez fue accionista, hasta el 8 de julio de 2014, de la empresa adjudicataria, pruebas que fueron prescritas con el máximo nivel de detalle (incluían la totalidad de las técnicas adicionales previstas en el contrato), y supusieron consecuentemente un mayor importe de facturación, la cual ascendió a 85.368,23 euros (es necesario señalar que 30.238,36 euros de este importe se encuentran incluidos en los 221.347,49 euros de la letra a) anterior).

También se detectaron pruebas de resonancias magnéticas no previstas en el contrato (nueve resonancias magnéticas óseas con técnica de difusión, por importe de 4.669,04 euros, y 182 pruebas de resonancias magnéticas de columna, por importe de 78.420,56 euros).

Por otra parte, se detectaron ausencias de soportes documentales (prescripción e Informes Médicos de Exploración) en siete pruebas facturadas por importe de 4.596,19 euros, e inexistencia de los Informes Médicos de Exploración en las 12 pruebas solicitadas por la Inspección Médica de la Dirección Territorial de Melilla, correspondientes a los ejercicios 2014 y 2015, por haber sido destruidos (importe total facturado de 3.905,03 euros).

La suma total de todos los importes anteriores ascendió a 180.556,29 euros (subepígrafe II.1.2.3.a).

c) El contrato incluyó asimismo la realización de pruebas de tomografía axial computarizada, en las cuales también se detectaron incumplimientos del contrato, derivados de la facturación de pruebas no prescritas por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla, por importe de 8.927,35 euros, la facturación de pruebas asociadas a prescripciones con enmiendas, añadidos y tachaduras, por importe de 9.970,12 euros, la facturación de pruebas no realizadas o facturadas por importe superior al correcto en 52.570,16 euros. La suma total de los importes anteriores asciende a 71.467,63 euros.

Y asimismo, al margen de los incumplimientos anteriores, se detectaron hechos que pudieron suponer un posible exceso de facturación en las pruebas de tomografía axial computarizada, puesto que se facturaron 276 pruebas de TAC lumbar (31.016,66 euros), cuando la prueba prescrita por el médico especialista era una densitometría, se prescribieron 125 pruebas de colonoscopia virtual, facturando la empresa adjudicataria dos TAC dobles, llegando incluso a facturar en el ejercicio 2014 cuatro TAC por la misma prueba (38.546,64 euros), así como por la prescripción de 136 UROTAC, prueba no prevista en el contrato, en lugar de la cual se realizaron y facturaron dos TAC dobles abdomino-pélvicos con y sin contraste (19.641,60 euros). La suma total de los importes anteriores ascendió a 89.204,90 euros.

De esta manera, la suma total de los importes indicados en relación con la realización de pruebas de tomografía axial computarizada asciende a 160.672,53 euros (subepígrafe II.1.2.3.b).

7. La Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla continuó remitiendo pacientes para la realización de pruebas de diagnóstico por imagen a la empresa 4 durante los meses de mayo a diciembre de 2017, facturando por las pruebas realizadas un importe de 84.650,58 euros, a pesar de que con fecha 24 de abril de 2017 se había formalizado un nuevo contrato de servicios de diagnóstico por imagen con la empresa 1, el cual contemplaba precios unitarios inferiores (subepígrafe II.1.2.4).

### **III.2. CONCLUSIONES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN, FACTURACIÓN Y REVISIÓN DE LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS**

8. El concierto vigente con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos se suscribió en el año 1998 y está obsoleto, debido a que no refleja ni el ámbito competencial actual del INGESA, ni todas las modificaciones normativas aprobadas tras su suscripción. Asimismo, flexibiliza los requisitos exigidos en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y ordenes de dispensación, para la aceptación y financiación de las recetas presentadas por las oficinas de farmacia (subepígrafe II.2.1.1).
9. El porcentaje de implantación de la receta electrónica en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla en el mes de diciembre de 2016 (el 74,66% del total de las recetas facturadas eran electrónicas y 81,96% del total de envases) fue inferior a la media del Sistema Nacional de Salud para dicho mes (la media de los envases facturados en receta electrónica en el resto del Sistema Nacional de Salud ascendió a un 87,10%). Los porcentajes indicados se refieren únicamente al Área de Atención Primaria, puesto que la aplicación informática utilizada para la prescripción de la receta electrónica no se encontraba implantada ni en el Hospital Universitario de Ceuta ni en el Hospital Comarcal de Melilla en el ejercicio 2016, motivo por el cual el INGESA se situó en la posición 14 dentro del conjunto del Sistema Nacional de Salud respecto al porcentaje que representa el número de envases dispensados y facturados a través de receta electrónica en el ejercicio 2016<sup>62</sup>.

Además de lo anterior, la aplicación e-SIAP, utilizada por el INGESA, entre otras funciones, para la prescripción de recetas electrónicas, no alerta de la existencia de duplicidades en las recetas electrónicas, permitiendo la prescripción de recetas a un beneficiario de un mismo medicamento y presentación<sup>63</sup> (subepígrafe II.2.1.2).

<sup>62</sup> En sus alegaciones el INGESA manifiesta que *“La situación que pone de manifiesto el Tribunal de Cuentas ha sido subsanada e incluso superada en plazos posteriores. A modo de ejemplo..., la prescripción por receta electrónica,... en ambas Gerencias la implantación para prescripción es del 100% en Atención Primaria...”*.

<sup>63</sup> El INGESA expone en sus alegaciones que la aplicación sí permite al médico prescriptor visualizar todas las prescripciones electrónicas realizadas al paciente y evitar posibles duplicidades. Sin embargo, lo que se pone de

10. El 94,02% de las adquisiciones de medicamentos efectuadas por las Gerencias de Atención Sanitaria de Ceuta y Melilla (15.690.582,22 euros de un total de 16.688.176,78 euros) en el ejercicio 2016 se efectuaron mediante compra directa, al margen de los procedimientos de contratación previstos en el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público lo que supuso el incumplimiento de los principios de transparencia, concurrencia, publicidad, igualdad, no discriminación y salvaguarda de la libre competencia que deben regir en los procedimientos de contratación administrativa (artículo 1), incumplándose además los artículos 27, 28, 109, 110 y 156 del texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

De estos importes, 1.953.999,50 euros correspondientes a la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta y 350.471,73 euros a la de Melilla debieron haberse realizado mediante contratos derivados de los Acuerdos Marco, si bien no se procedió a la formalización del contrato basado.

Asimismo, estas adquisiciones directas también conllevaron el incumplimiento del artículo 29 del texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, que establece la obligación de remitir al Tribunal de Cuentas información sobre aquellas contrataciones anuales que superen, en el caso de los contratos de suministro, los 450.000 euros.

En el ejercicio 2016 se suministraron medicamentos por varios proveedores, los cuales unitariamente considerados excedieron del límite señalado, suponiendo un total de 4.667.271,57 euros (cinco proveedores) en la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta, y un total de 3.475.344,89 euros (cuatro proveedores) en la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla. Y en idéntico sentido a lo citado anteriormente, estos suministros tampoco se integraron en las relaciones certificadas de contratos que deben remitir las entidades del Sector Público Estatal, tal y como prevé la Resolución de 10 de diciembre de 2013, de la Presidencia del Tribunal de Cuentas, mediante la que se publicó el "*Acuerdo del Pleno de 28 de noviembre de 2013*". Por tanto, además del incumplimiento de los principios que deben regir en la contratación administrativa, se limitó el ejercicio de la función fiscalizadora del Tribunal de Cuentas sobre estos contratos<sup>64</sup> (subepígrafe II.2.2.1.b).

11. Las Gerencias de Atención Sanitaria de Ceuta y Melilla efectuaron pagos en el ejercicio 2016 a diferentes laboratorios farmacéuticos para la adquisición de medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C por un importe superior al correcto, al no haberse tenido en consideración de forma adecuada los techos de gasto establecidos, para este tipo de medicamentos, por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos. En concreto, los importes fueron los siguientes (subepígrafe II.2.2.2):

- a) Respecto al medicamento OLYSIO, la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta financió cuatro envases, por importe total de 32.820,48 euros, que debieron ser a cargo del laboratorio.
- b) Respecto a los medicamentos EXVIERA y VIEKIRAX, el laboratorio reintegró a las citadas Gerencias un importe de 55.086,60 euros, cuando el importe correcto a reintegrar debió ascender a 105.970,92 euros. La diferencia fue igual a 50.884,32 euros, de los que 39.517,92 correspondieron a la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta (por nueve

---

manifiesto en el Informe es que la aplicación e-SIAP no alerta de la existencia de duplicidades en la prescripción, hecho cierto y contrastado, independientemente de que el médico prescriptor pueda o no consultar prescripciones anteriores antes de realizar una nueva.

<sup>64</sup> El INGESA en sus alegaciones señala que los pliegos que regulan los Acuerdos Marco en las cláusulas correspondientes a los contratos derivados, en línea con lo previsto en el artículo 198 del derogado Real Decreto Legislativo 3/2011, contemplaban la posibilidad de formalizar suministros derivados del Acuerdo Marco sin necesidad de nueva licitación. A este respecto, no puede aceptarse la alegación del INGESA, puesto que lo que establecen los pliegos es que "*dado que están fijados todos los términos en el acuerdo marco, la adjudicación de los contratos basados en él se efectuará, de acuerdo a lo previsto en el artículo 198.4 del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, aplicando los términos fijados en el propio acuerdo marco, sin necesidad de convocar a las partes a una nueva licitación*". Por tanto, el citado artículo no permite la ausencia de contrato, sino que únicamente prevé en determinados casos la adjudicación de los contratos basados en él sin necesidad de convocar a las partes a una nueva licitación.

envases de EXVIERA y doce envases de VIEKIRAX) y 11.366,40 euros a la de Melilla (por tres envases de EXVIERA).

- c) Respecto a los medicamentos HARVONI y SOVALDI, el importe facturado en exceso por el laboratorio ascendió a 30.223,40 euros, de los que 16.070,81 correspondieron a cuatro envases de HARVONI dispensados por la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta y 14.152,59 euros a tres envases de SOVALDI dispensados en la de Melilla.

12. La Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla y la empresa 4 suscribieron un contrato para que la citada empresa realizara pruebas de diagnóstico por imagen en sus instalaciones, prescritas previamente por los médicos especialistas del Hospital Comarcal de Melilla. Antes de la realización de la prueba, los pacientes debían recoger en el Servicio de Farmacia del Hospital un contraste, adquirido y financiado por la citada Gerencia, para que el mismo les fuera administrado en las instalaciones de la empresa. Del procedimiento anterior se derivan dos incidencias:

- a) La financiación del contraste debió ser a cargo de la empresa adjudicataria y no a cargo de la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla, no figurando en ningún apartado del contrato que el Hospital Comarcal de Melilla debía suministrar previamente dichos contrastes a los pacientes. Además, las pruebas no se podían haber efectuado correctamente ni pagado si no se hubiera suministrado el contraste a los pacientes. El importe financiado por la citada Gerencia por este concepto ascendió a 172.927,96 euros entre los ejercicios 2006 a 2014.

Por ello, existió un gasto innecesario para la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla por el citado importe y, consecuentemente, un enriquecimiento para la empresa adjudicataria por el mismo importe.

Asimismo, es conveniente resaltar que, como consecuencia de esta circunstancia, la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla inició un expediente de reintegro por pagos indebidos el 21 de julio de 2015, si bien posteriormente, con fecha 22 de agosto de 2016, declaró la caducidad de dicho expediente por haber transcurrido el plazo legal para resolver. Transcurrido casi un año, emitió una nueva Resolución de fecha 5 de julio de 2017, para iniciar un nuevo procedimiento administrativo de reintegro de pagos indebidos, con los mismos argumentos que figuraban en la Resolución de 21 de julio de 2015, si bien, tomando como base un informe del Servicio Jurídico Delegado Central del INGESA, procedió de nuevo al archivo de este último expediente mediante Resolución de 9 de octubre de 2017 (subepígrafe II.2.2.3.a).

- b) La entrega de contrastes, es decir, de medicamentos catalogados de uso hospitalario, a particulares para su traslado fuera del Hospital Comarcal de Melilla, supuso el incumplimiento del artículo 24.3 del Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, que establece que los medicamentos de uso hospitalario solo pueden utilizarse o seguirse en medio hospitalario<sup>65</sup> (subepígrafe II.2.2.3.b).

<sup>65</sup> El INGESA señala en sus alegaciones que los medicamentos de uso hospitalario deben ser dispensados desde los servicios farmacéuticos hospitalarios precisamente por estar calificados como tales, lo que supone que su dispensación no puede ser efectuada por oficinas de farmacia, tal y como sucede con otros muchos medicamentos de uso hospitalario (cita expresamente la hormona de crecimiento, los tratamientos para esclerosis múltiple y los inmunodepresores) que son administrados fuera del hospital a los pacientes, debiendo ser dispensados por el hospital y siendo una de las funciones propias de los servicios farmacéuticos hospitalarios públicos y privados. No obstante, este Tribunal de Cuentas no comparte lo argumentado en la alegación dado que, además de lo anterior, el seguimiento de la dispensación de estos medicamentos se debe efectuar por parte del propio Hospital Comarcal de Melilla, y en el caso de los contrastes entregados a los particulares dicho centro hospitalario no realizó ningún tipo de seguimiento sobre los mismos, limitándose a su entrega, tal y como se describe en el apartado 2.b) del epígrafe II.1.2.3.a) y en la letra b) de la conclusión 6 del presente Informe.

13. Del análisis de las aplicaciones informáticas utilizadas para la prescripción de medicamentos se puede deducir lo siguiente (epígrafe II.2.3):
- A pesar de que en el Hospital Universitario de Ceuta se utilizan dos aplicaciones a estos efectos (la prescripción médica y la validación farmacéutica se realizan en la aplicación “*HP-CIS*”, mientras que la gestión de la dispensación de las dosis unitarias por plantas se realiza desde “*Farmatools*”), las mismas no están interconectadas, de manera que existe el riesgo de que se produzcan errores en la dispensación de medicamentos a los pacientes ingresados.
  - La aplicación informática “*HP-CIS*” utilizada en el Hospital Universitario de Ceuta no permite la prescripción por principio activo, lo que incumple el Real Decreto 1/2015, de 24 de julio, que aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios y, además, no está conectada a la aplicación de gestión de consultas de atención primaria.
  - En cuanto a la aplicación *Farmatools*, utilizada también en el Hospital Comarcal de Melilla, no está interrelacionada con el Nomenclátor, por lo que existe el riesgo de que los precios que figuran en la misma no estén actualizados; existe el riesgo de que se efectúen dispensaciones a pacientes en virtud de informes caducados, debido a que el módulo de prescripción a pacientes externos no cuenta con una alerta que indique la caducidad de dichos informes; los datos de los contratos derivados de Acuerdos Marco no están actualizados, lo que implica que la existencia de numerosos errores en la información relativa a las compras de medicamentos; y, por último, no existe conexión con la aplicación de gestión económica, por lo que el Servicio de Farmacia del Hospital no tiene ninguna información respecto a los reintegros que realizan los laboratorios por excesos facturados.

### **III.3. CONCLUSIONES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS SIN DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA Y OTRAS OBLIGADAS A SU PAGO**

14. El coste económico por las asistencias sanitarias prestadas a personas no aseguradas en el período 2012 a 2016 en el INGESA, de acuerdo con los datos facilitados por el propio Instituto, experimentó un aumento del 34,58%, pasando de 10.827.809,00 euros de coste en el año 2012 a 14.571.767,22 euros en 2016 (subepígrafe II.3.2.1).
15. La estimación del coste económico, efectuada por este Tribunal de Cuentas, de las atenciones prestadas por el INGESA a mujeres embarazadas no aseguradas en el ejercicio 2016, aplicando el importe mínimo a las atenciones que figuraban en los libros de parto entregados por el Hospital Universitario de Ceuta y el Hospital Comarcal de Melilla, ascendió a 1.211.963,32 euros en el de Ceuta y 4.875.743,81 euros en Melilla, lo que representó el 32,16% del coste total de partos para Ceuta y un significativo 59,14% del coste total de partos atendidos en el Área Sanitaria de Melilla.

El coste estimado de las asistencias en el servicio de neonatología a menores no asegurados en el ejercicio 2016 ascendió a 160.787,21 euros en el Hospital Universitario de Ceuta, lo que representó el 47,74% del coste total de las asistencias prestadas por dicho servicio, y a 1.050.360,35 euros en el Hospital Comarcal de Melilla, el 85,37% del coste total de dicho servicio en Melilla.

Por su parte, el coste estimado de las urgencias correspondientes a extranjeros no asegurados (coste mínimo, al haber considerado a todas las urgencias como urgencias simples sin observación) en el ejercicio 2016 en el Hospital Universitario de Ceuta ascendió a 1.025.712,52 euros, el 7,06% del coste total de urgencias del Hospital, y a 2.495.266,31 euros en el Hospital

Comarcal de Melilla, el 19,33% del coste total de urgencias para esta área (subepígrafe II.3.2.2)<sup>66</sup>.

16. En el ejercicio 2016 el INGESA cobró un importe total de 7.804.098,36 euros, por prestaciones dispensadas a usuarios cuya asistencia sanitaria no estaba a su cargo, así como por otros servicios. El 67,78% de dicho importe procedió de pagos de compañías aseguradoras privadas por asistencia a sus asegurados y el 15,39%, de compañías aseguradoras privadas por asistencia sanitaria a asegurados que habían sufrido un accidente de tráfico. Únicamente el 0,73% de dicho importe (57.341,86 euros), procedía de cobros a personas no aseguradas.

Asimismo, el importe total de deuda pendiente de cobro a 31 de diciembre de 2016 en el INGESA ascendió a 104.495.288,93 euros. La práctica totalidad de dicho importe, en concreto, el 87,46% (91.394.370,56 euros), correspondió a asistencias prestadas a usuarios sin derecho a asistencia sanitaria, que fueron facturadas pero no pudieron ser cobradas (subepígrafe II.3.3.1).

17. En lo que respecta a la facturación de asistencia sanitaria en Atención Primaria, además de la ausencia de un aplicativo informático de facturación integrado en el sistema e-SIAP y de las dificultades derivadas de efectuar la facturación en un momento posterior al de la prestación de la asistencia, en el Área Sanitaria de Ceuta destacan los hechos de que no se está facturando a personas extranjeras carentes de cobertura sanitaria, con la excepción de determinados servicios (fundamentalmente vacunas y extracciones dentales) y atenciones realizadas por las ambulancias del 061 (el importe de las facturaciones correspondiente a las asistencias prestadas por ambulancias del 061 se encuentra infravalorado, ya que no recoge la totalidad de las asistencias prestadas, debido a las dificultades existentes para la adecuada identificación y clasificación del paciente). Asimismo, en relación con el servicio del 061 del Área Sanitaria de Ceuta, se están realizando traslados en ambulancia desde la frontera de pacientes procedentes del Reino de Marruecos, lo cual excede del ámbito de sus competencias, y por los que el INGESA no recibe ninguna contraprestación económica. En el Área Sanitaria de Melilla, tampoco se factura a las personas extranjeras sin cobertura por el Servicio Nacional de Salud, por lo que esta deuda figura pendiente de cobro en su totalidad.

En cuanto a la facturación de asistencia sanitaria en Atención Especializada, el cambio experimentado en el sistema de clasificación de pacientes, que impuso la necesidad de doble codificación en todos los procesos facturables, fue una circunstancia que incidió de forma directa en la facturación.

Consecuencia de todo lo anterior es que la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla no efectuó ninguna actuación tendente al cobro de las asistencias sanitarias prestadas a mujeres embarazadas y menores no asegurados, asumiendo el importe total de dicho coste con cargo a financiación pública, no facturando tampoco los episodios hospitalarios de extranjeros sin residencia legal en nuestro país. Por su parte, la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta únicamente efectuó actuaciones para el cobro de las urgencias y consultas externas prestadas a población no asegurada, asumiendo íntegramente el coste del resto de asistencias a dicha población (subepígrafes II.3.3.2 y II.3.3.3).

18. La facturación de las asistencias sanitarias prestadas en aplicación de los Reglamentos Comunitarios de Seguridad Social por parte del INGESA presentó diversas deficiencias (subepígrafe II.3.3.4.b):
- a) La Gerencia de Atención Primaria de Melilla no remitió ninguna información desde agosto de 2014 hasta diciembre de 2017 al Instituto Nacional de la Seguridad Social, organismo de enlace español, para que dicha entidad enviara la facturación a los correspondientes países extranjeros por la asistencia prestada a sus asegurados. El importe por la asistencia

<sup>66</sup> Véase nota al pie nº 42.



prestada en dicho período ascendió a 85.334,73 euros, por lo que existió un defecto en el control interno, al no detectarse ni por parte de la citada Gerencia, ni de la Dirección Territorial, ni por los Servicios Centrales del INGESA la falta de remisión de la información. No obstante, en el mes de diciembre de 2017 se reanudó la remisión de la facturación correspondiente, incluyendo las facturaciones atrasadas.

- b) Existieron asistencias sanitarias prestadas a asegurados en virtud de Reglamentos Comunitarios de Seguridad Social que no fueron facturadas por defectos en la cumplimentación de los datos por parte de los servicios de admisión de los centros sanitarios (fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Europea, firma del interesado entre otros).
- c) No existe ninguna aplicación informática de gestión de esta facturación, elaborándose los formularios en formato papel e intercambiándose la información por parte de las Gerencias de Atención Sanitaria, las Direcciones Territoriales y el Instituto Nacional de la Seguridad Social también en soporte papel, sin que exista ninguna plataforma de intercambio telemático entre las diferentes entidades que intervienen en el proceso, por lo que existe el riesgo de pérdida de información, así como retrasos y errores en la facturación.

19. En cuanto a la facturación efectuada por el Centro Nacional de Dosimetría y Protección Radiológica (CNDPR), de su análisis se deduce lo siguiente:

- a) Hasta el ejercicio 2017 el citado Centro únicamente facturaba, con carácter general, por los servicios prestados a entidades privadas, prestando el servicio gratuitamente a entidades públicas.

La deuda facturada y pendiente de cobro, a 31 de diciembre de 2016, por los servicios que este Centro había venido prestando desde su creación, ascendía a 345.431,51 euros y procedía de ejercicios anteriores al año 2012 sin que hubiera sido comunicada a la Agencia Estatal de Administración Tributaria para su cobro en vía ejecutiva. En consecuencia, el CNDPR podría haber permitido la prescripción de esta deuda, por no haber adoptado las medidas oportunas tendentes al cobro de la misma, habiendo incumplido los principios generales de buena gestión financiera del sector público (economía y eficiencia).

Asimismo, respecto a los servicios que comenzó a facturar en el ejercicio 2017 con carácter retroactivo a las entidades públicas, existe un significativo importe (14.183.244,94 euros) pendiente de cobro (subepígrafes II.3.4.1 y II.3.4.2)<sup>67</sup>.

- b) El CNDPR colabora con el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, habiendo efectuado un total de 29 desplazamientos en el ejercicio 2016, que realizaron comprobaciones en 349 equipos de radiodiagnóstico.

A pesar de lo anterior, no existía un convenio entre estas Entidades para la prestación de estos servicios, lo que incumplió el Real Decreto 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico<sup>68</sup> (subepígrafe II.3.4.3).

- c) Aun cuando la Disposición Adicional Cuarta del Real Decreto 1746/2003, de 19 de diciembre, por el que se regula la organización de los servicios periféricos del INGESA y la composición de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión, establecía que en el plazo de un año la Presidencia del INGESA debía elaborar un Reglamento de Funcionamiento del CNDPR, en la actualidad dicho Reglamento todavía no ha sido aprobado, aun cuando han transcurrido más de 13 años del plazo establecido en el Real Decreto 1746/2003 (subepígrafe II.3.4.4).

<sup>67</sup> Véase la nota al pie número 44.

<sup>68</sup> Véase la nota al pie número 51.

### **III.4. CONCLUSIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA Y EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA**

20. Las Gerencias de las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla suscribieron sendos contratos con la empresa 18, para la gestión de los residuos sanitarios en las citadas Áreas, que incluían el suministro de contenedores y envases, la recogida de residuos y su transporte, tratamiento y eliminación. Respecto del procedimiento de gestión de los residuos sanitarios en ambas Áreas se detectaron varias incidencias, entre las que destacan las siguientes:

- a) La empresa adjudicataria no efectuaba la limpieza de los ascensores utilizados para el transporte de los residuos después de su uso, a pesar de que así se exigía en los Pliegos de Prescripciones Técnicas en el caso del Hospital Comarcal de Melilla, al no ser ascensores de uso exclusivo para el transporte de residuos (subepígrafe II.4.3.1).
- b) La Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla no había elaborado los informes de control internos y externos relativos a la calidad del servicio de gestión de residuos, ni constituyó la Comisión de Seguimiento a efectos de ejercer las facultades de control e inspección, aun estando previstas ambas cuestiones en el Pliego de Prescripciones Técnicas de los contratos aplicables en dichas Áreas.

Por su parte, en el Área Sanitaria de Ceuta no constaban los informes mensuales que, de acuerdo con el Pliego de Prescripciones Técnicas del contrato, debía elaborar mensualmente el Servicio de Medicina Preventiva del centro hospitalario (subepígrafes II.4.3.1 y II.4.3.2).

- c) La empresa adjudicataria siguió prestando sus servicios, y ambas Gerencias efectuando abonos por dichos servicios, en los períodos posteriores a la expiración de las prórrogas de ambos contratos, sin que se hubieran formalizado dos nuevos contratos inmediatamente después de la finalización de los contratos antiguos.

El importe abonado por la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta a la empresa adjudicataria por la prestación del servicio sin contrato en vigor, desde el 3 de agosto de 2016, fecha en que expiró la última prórroga, hasta el 31 de diciembre de 2017, ascendió a 236.284,04 euros.

Por su parte, el importe abonado en por la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla a la empresa adjudicataria sin contrato en vigor, desde el 1 de septiembre de 2016, fecha en la que expiró la última prórroga, hasta el 31 de enero de 2017, fecha en la que se formalizó un nuevo contrato, ascendió a 116.239,20 euros (subepígrafe II.4.3.5).

### **III.5. CONCLUSIONES SOBRE LAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS PREVISIONES CONTENIDAS EN LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO**

21. El INGESA no publicó en su página web un organigrama donde se identificaran los responsables de sus órganos y su perfil y trayectoria profesional, así como tampoco los planes y programas anuales y plurianuales en los que se fijaran objetivos concretos, incumpliendo así los artículos 6.1 y 6.2, respectivamente, de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

Además, tampoco se ha publicado la relación de convenios de asistencia sanitaria concertada suscritos en el ejercicio 2016, incumpliendo el artículo 8.1.b) de la citada ley (subapartado II.5).

22. El INGESA no aportó información adecuada para el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud, relativa fundamentalmente a: número de pacientes atendidos, clasificación por edades y sexo, clasificación de tareas por facultativo en atención de urgencias 061 y atenciones de

enfermería no programadas. Asimismo, la Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla no facilitó información de actividad, personal, estructura, financiación y gasto relativa a los ejercicios 2014 y 2015. En relación al ejercicio 2016, a pesar de que la fecha límite de remisión de la información fue el 30 de septiembre de 2017, no la remitió hasta el 20 de diciembre de dicho ejercicio e incluía errores (subapartado II.5).

#### IV. RECOMENDACIONES

Todas las recomendaciones que se formulan se dirigen al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria:

- 1ª. Debería impulsar la formalización de un convenio de colaboración con el Servicio Andaluz de Salud, con objeto de formalizar el procedimiento de derivaciones de pacientes al citado Servicio.
- 2ª. Debería suscribir un nuevo convenio con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, que refleje adecuadamente las necesidades derivadas de la gestión de las prestaciones farmacéuticas y que se adapte a la normativa vigente.
- 3ª. Debería iniciar los procedimientos necesarios para solicitar el reintegro de los importes correspondientes a la facturación en exceso de pruebas de resonancias magnéticas y de tomografía axial computarizada, derivados del incumplimiento del contrato suscrito con la empresa 4 , para la realización de pruebas de diagnóstico por imagen.
- 4ª. Debería arbitrar las medidas necesarias para recuperar las cantidades abonadas en exceso a los laboratorios farmacéuticos por la adquisición de los medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C, cuyo importe superó el techo máximo del gasto determinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 5ª. Debería establecer un procedimiento de facturación a pacientes no asegurados, aplicable en ambas Gerencias de Atención Sanitaria, que reforzara las medidas identificativas, asignando un código único, y que dotara de herramientas de gestión conjuntas para las Áreas de Atención Especializada y Atención Primaria y que permita, en los casos en que sea procedente, una adecuada facturación de la asistencia sanitaria prestada en virtud del Convenio sobre Seguridad Social entre España y el Reino de Marruecos<sup>69</sup>.
- 6ª. Debería adoptar las medidas oportunas para corregir las deficiencias detectadas en las diferentes aplicaciones informáticas utilizadas para la gestión de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas por las distintas unidades del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- 7ª. En relación con los contratos para la prestación de servicios de asistencia sanitaria con medios ajenos, y con los contratos para la gestión de los residuos sanitarios, debería arbitrar las medidas oportunas para supervisar su ejecución, adoptando las decisiones y dictando las instrucciones necesarias con el fin de asegurar la correcta realización de las prestaciones contratadas.

---

<sup>69</sup> El INGESA en sus alegaciones expone que durante el 2017, se realizó una consultoría con una empresa (a través de red.es) para mejorar la identificación de los ciudadanos en el ámbito territorial de Ceuta y Melilla, y que se está trabajando en la valoración de las soluciones aportadas para definir la mejor opción para la organización, lo cual facilitará la facturación a pacientes no asegurados.

- 8ª. Debería adoptar las medidas oportunas de control interno que garanticen que se publica la información institucional, organizativa y de planificación relevante y actualizada en relación con su actividad asistencial, así como la relación de convenios de asistencia sanitaria concertada suscritos en el ejercicio, y aquella otra información específica exigida en relación con el Plan Estadístico Nacional.

Madrid, 29 de noviembre de 2018

LA PRESIDENTA

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' and 'J' followed by a horizontal line and a flourish.

María José de la Fuente y de la Calle

## **ANEXOS**



## RELACIÓN DE ANEXOS

---

<b>ANEXO Nº 1</b>	TRASPASO DE FUNCIONES Y SERVICIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	93
<b>ANEXO Nº 2</b>	COMPARACIÓN PIB PER CÁPITA ENTRE PAÍSES FRONTERIZOS .....	94
<b>ANEXO Nº 3</b>	TIPO DE CONTRATO Y PROCEDIMIENTO .....	95
<b>ANEXO Nº 4</b>	CONTRATOS MENORES TRAMITADOS EN EL ÁREA SANITARIA DE CEUTA .	96
<b>ANEXO Nº 4 BIS</b>	CONTRATOS MENORES TRAMITADOS EN EL ÁREA SANITARIA DE MELILLA.....	95
<b>ANEXO Nº 5</b>	PAGO DIRECTO A PROVEEDORES SIN CONTRATO EN LAS ÁREAS SANITARIAS DE CEUTA Y MELILLA.....	97
<b>ANEXO Nº 6</b>	MEDICAMENTO OLYSIO COMERCIALIZADO POR EL LABORATORIO 1 .....	98
<b>ANEXO Nº 7</b>	MEDICAMENTOS EXVIERA Y VIEKIRAX COMERCIALIZADOS POR EL LABORATORIO 2.....	99
<b>ANEXO Nº 8</b>	MEDICAMENTO HARVONI COMERCIALIZADO POR EL LABORATORIO 3.....	100
<b>ANEXO Nº 9</b>	MEDICAMENTOS SOVALDI COMERCIALIZADO POR EL LABORATORIO 3 ...	101
<b>ANEXO Nº 10</b>	COSTE ECONÓMICO ESTIMADO DE LOS PROCESOS HOSPITALARIOS DE MUJERES EMBARAZADAS EXTRANJERAS NO ASEGURADAS EN CEUTA...	102
<b>ANEXO Nº 11</b>	COSTE ECONÓMICO ESTIMADO DE LOS PROCESOS HOSPITALARIOS DE MUJERES EMBARAZADAS EXTRANJERAS NO ASEGURADAS EN MELILLA	103
<b>ANEXO Nº 12</b>	COSTE ECONÓMICO ESTIMADO DE LOS PROCESOS HOSPITALARIOS DE NEONATOS EXTRANJEROS NO ASEGURADOS EN CEUTA Y MELILLA.....	104
<b>ANEXO Nº 13</b>	COSTE ECONÓMICO ESTIMADO DE LOS PROCESOS URGENCIAS DE EXTRANJEROS NO ASEGURADOS EN CEUTA Y MELILLA.....	105
<b>ANEXO Nº 14</b>	DEUDAS PENDIENTES DE COBRO POR LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL CNDPR EN EL PERÍODO 2012 A 2016.....	106





**TRASPASO DE FUNCIONES Y SERVICIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

<b>COMUNIDAD AUTÓNOMA</b>	<b>REAL DECRETO DE TRASPASO DE SERVICIOS EN MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA</b>	<b>DENOMINACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD</b>
CATALUÑA	Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio	Servei Catalán de la Salut (CatSalut)
ANDALUCÍA	Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero	Servicio Andaluz de la Salud (SAS)
PAÍS VASCO	Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre	Osakidetza-Servicio Vasco de la Salud
COMUNIDAD VALENCIANA	Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre	Agencia Valenciana de la Salud
GALICIA	Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre	Servicio Gallego de Saúde (SERGAS)
NAVARRA	Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre	Servicio Navarro de la Salud-Osasunbidea
CANARIAS	Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo	Servicio Canario de la Salud (SCS)
ASTURIAS	Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre	Servicio de Salud de Principado de Asturias (SESPA)
CANTABRIA	Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre	Servicio Cántabro de la Salud (SCS)
LA RIOJA	Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre	Servicio Riojano de la Salud
REGIÓN DE MURCIA	Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre	Servicio Murciano de la Salud (SMS)
ARAGÓN	Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre	Servicio Aragonés de Salud (SALUD)
CASTILLA-LA MANCHA	Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)
EXTREMADURA	Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre	Servicio Extremeño de Salud (SES)
ILLES BALEARS	Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre	Servicio de Salud de Las Islas Baleares (IB-SALUD)
COMUNIDAD DE MADRID	Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre	Servicio Madrileño de la Salud (SERMAS)
CASTILLA Y LEÓN	Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre	Sanidad Castilla y León (SACYL)

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas

**COMPARACIÓN PIB PER CÁPITA ENTRE PAÍSES FRONTERIZOS  
(Euros)****(año 2016)**

<b>MAYORES DIFERENCIAS PORCENTUALES ENTRE PAÍSES FRONTERIZOS</b>			
PAÍS/PIBpc		DIFERENCIA	PORCENTAJE
España	Marruecos		
25.000	2.715	22.285	820,21%
Italia	Albania		
28.400	3.700	24.700	667,57%
Turquía	Siria		
9.775	1.337	8.438	631,11%
EEUU	México		
52.670	7.418	45.252	610,03%
China	Pakistán		
7.319	1.302	6.07	462,14%
China	India		
7.319	1.545	5.774	373,72%
Arabia Saudita	Irak		
18.355	4.170	14.185	340,17%

Fuente: Fondo Monetario Internacional (estadísticas).

**TIPO DE CONTRATO Y PROCEDIMIENTO**  
**Ejercicio 2016**

Servicios asistenciales	Área Sanitaria de Ceuta	Área Sanitaria de Melilla
<b>Técnicas de Diagnóstico por Imagen</b>		
RESONANCIA MAGNÉTICA	Contrato de Servicios (Procedimiento Abierto)	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Abierto)
TAC	--	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Abierto)
ORTOPANTOMOGRAFÍAS	--	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Abierto)
MAMOGRAFÍAS DE CRIBADO	--	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Abierto)
PET-TAC	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Negociado) y Contrato de Servicios (Procedimiento Abierto)	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Negociado) y Contrato de Servicios (Procedimiento Abierto)
<b>Procedimientos Terapéuticos</b>		
TERAPIAS RESPIRATORIAS A DOMICILIO	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Abierto)	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Abierto)
LOGOPEDIA	Contrato de Servicios (Procedimiento Negociado)	Contrato de Servicios (Procedimiento Negociado)
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE COLUMNA	Contrato de Servicios (Procedimiento Abierto)	--
HEMODIÁLISIS	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Abierto)	--
RADIOTERAPIA	Contrato de Servicios (Procedimiento Abierto)	--
<b>Extracciones Laboratorio</b>		
LABORATORIO	-	Contrato de Servicios (Procedimiento Abierto)
<b>Servicio de Teleictus</b>		
SERVICIO DE TELEICTUS	Contrato de Servicios (Procedimiento Negociado)	Contrato de Servicios (Procedimiento Negociado)
<b>Transporte Sanitario</b>		
TERRESTRE	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Abierto)	Contrato de Gestión de Servicio Público (Procedimiento Abierto)
AÉREO	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Abierto)	Contrato de Gestión de Servicios Públicos (Procedimiento Abierto)

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas

**CONTRATOS MENORES TRAMITADOS EN EL ÁREA SANITARIA DE CEUTA**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

<b>Nº Expediente</b>	<b>Objeto del contrato</b>	<b>Importe de adjudicación</b>	<b>Importe abonado</b>
C.M. 4/16	Neurocirugía de espalda	19.018,84	3.570,00
C.M. 8/16	Neurocirugía de espalda	9.759,42	9.759,42
C.M. 20/16	Neurocirugía de espalda	11.065,00	9.265,00
C.M. 34/16	Neurocirugía de espalda	9.265,00	5.470,00
C.M. 36/16	Pruebas e informes de electromiogramas	17.940,00	17.730,00
C.M. 43/16	Servicio óptico	6.735,00	6.542,60
C.M. 52/16	Neurocirugía de espalda	18.905,88	18.405,88
C.M. 75/16	Pruebas e informes de electromiogramas	17.982,00	999,00
C.M. 77/16	Pruebas e informes de TAC	17.950,00	612,00
C.M. 81/16	Servicio de logopedia	17.950,00	5.135,00
C.M. 88/16	Servicio óptico	16.848,00	6.542,60
C.M. 95/16	Procesos de hemodinámica	17.950,00	17.800,00
C.M. 125/16	Procedimientos de hemodinámica	17.950,00	15.360,00
C.M.137/16	Pruebas e informes de electromiogramas	17.925,00	3.000,00
<b>TOTAL</b>		<b>217.244,14</b>	<b>120.191,50</b>

Fuente: Información del INGESA.

**ANEXO 4 BIS)**

**CONTRATOS MENORES TRAMITADOS EN EL ÁREA SANITARIA DE MELILLA**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

<b>Nº Expediente</b>	<b>Objeto del contrato</b>	<b>Importe de adjudicación</b>	<b>Importe abonado</b>
C.M. A.E. 17/16	Servicio de Pruebas Diagnósticas por Imagen (Resonancia Magnética y TAC)	18.000,00	16.355,00
C.M. A.P. 18/16	Servicio de Pruebas Diagnósticas por Imagen (Ortopantomografía y Mamografía)	18.000,00	14.963,00
C.M. A.E. 42/16	Servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo	18.000,00	12.441,00
C.M. A.E. 47/16	Servicio de Pruebas Diagnósticas por Imagen (Densitometrías)	18.000,00	5.025,00
C.M. A.E. 62/16	Servicio de Alergias Pediátrica	18.000,00	3.867,69
C.M. A.E 11/16	Estudio de citologías ginecológicas	15.000,00	12.765,00
C.M. A.E. 109/16	Servicio de Informe por Telemedicina de estudios de TAC	18.000,00	11.900,00
<b>TOTAL</b>		<b>123.000,00</b>	<b>77.316,69</b>

Fuente: Información aportada por el INGESA.

**PAGO DIRECTO A PROVEEDORES SIN CONTRATO EN LAS ÁREAS SANITARIAS DE CEUTA  
Y MELILLA**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

	<b>Objeto del Contrato</b>	<b>Proveedor</b>	<b>Importe</b>
<b>CEUTA</b>	INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	empresa 19.	2.700,00
		empresa 20	24.500,00
	TÉCNICAS INMUNOHISTOQUÍMICAS	Servicio Andaluz de Salud	23.433,55
	ANÁLISIS CALIDAD DE SEMEN (PEEC)	empresa 21	406,00
	PRUEBA DROGAS DE ABUSO EN ORINA	empresa 22	278,00
	PRUEBA BÚSQUEDA DONANTE Y TRASPLANTE MÉDULA ÓSEA	empresa 23	41.620,86
	ESTUDIO GENÉTICO	empresa 24	2.525,00
	PRUEBA GENÉTICA DE MAMA	empresa 25	16.325,00
	<b>SUBTOTAL</b>		
<b>MELILLA</b>	DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	empresa 1	254.055,00
	HOSPITALIZACIÓN NEONATOS AGUDOS	empresa 2	150.154,58
	ESTUDIO DEL PERFIL DE EXPRESIÓN GENÉTICA PREDICTIVO	empresa 25	2.675,00
	DETERMINACIÓN DE ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS 4º TRIMESTRE 2015	Instituto Salud Carlos III	420,35
	<b>SUBTOTAL</b>		
<b>TOTAL</b>			<b>519.093,34</b>

Fuente: Información del INGESA.

**MEDICAMENTO OLYSIO COMERCIALIZADO POR EL LABORATORIO 1**  
**Ejercicio 2016**  
**(Euros)**

Gerencia de Atención Sanitaria	Nº pedido	Fecha albarán de proveedor	Albarán proveedor	Código Nacional Medicamento	Medicamento	Precio (1)	Descuento 7,5% (2)	Nº Envases (3)	Importe pendiente de reintegrar (4) = [(1)-(2)]*(3)
CEUTA	33782	26/05/2016	0161485952	702583	Olysio 150 mg 28 c	8.870,40	665,28	2	16.410,24
CEUTA	33838	05/08/2016	0161515827	702583	Olysio 150 mg 28 c	8.870,40	665,28	2	16.410,24
<b>PENDIENTE DE REINTEGRO POR EL LABORATORIO 1</b>									<b>32.820,48</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

**MEDICAMENTOS EXVIERA Y VIEKIRAX COMERCIALIZADOS POR EL LABORATORIO 2**  
**Ejercicios 2015 y 2016**  
**(Euros)**

Gerencia de Atención Sanitaria	Ejercicio	Número historia clínica	Medicamento	Fecha 4º envase	Fecha 5º envase	Fecha 6º envase	Nº envases Exviera /Viekira (1)	Precio reintegrado laboratorio (2)	Importe a reintegrar según Tribunal de cuentas (3)	Pendiente de reintegro (4) = (3) - (2)
CEUTA	2015	11012	VIEKIRAX	09/09/2015	07/10/2015	04/11/2015	3	13.936,05	24.372,00	10.435,95
CEUTA			EXVIERA	09/09/2015	07/10/2015	04/11/2015	3	1.310,79	2.120,12	809,33
CEUTA	2016	2774165	VIEKIRAX	02/02/2016	07/03/2016	05/04/2016	3	13.006,44	24.372,84	11.366,40
CEUTA			EXVIERA	02/02/2016	07/03/2016	05/04/2016	3	1.132,20	2.120,10	987,90
CEUTA	2016	2156280	VIEKIRAX	14/09/2016	11/10/2016	04/11/2016	3	10.637,49	24.372,82	13.735,33
CEUTA			EXVIERA	14/09/2016	11/10/2016	04/11/2016	3	924,99	2.120,10	1.195,11
CEUTA	2016	7032271	VIEKIRAX	03/03/2016	01/04/2016	27/04/2016	3	1.132,20	2.120,10	987,90
MELILLA	2016	14861	VIEKIRAX	11/11/2015	03/12/2015	19/01/2016	3	13.006,44	24.372,84	11.366,40
<b>PENDIENTE DE REINTEGRO POR EL LABORATORIO 2</b>								<b>55.086,60</b>	<b>105.970,92</b>	<b>50.884,32</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

**ANEXO 8****MEDICAMENTO HARVONI COMERCIALIZADO POR EL LABORATORIO 3**  
**EJERCICIOS 2016**  
**(Euros)**

<b>Gerencia de Atención Sanitaria</b>	<b>Número historia clínica</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Nota de abono</b>	<b>Envases (1)</b>	<b>Precio medicamento o pagado (2)</b>	<b>Precio medicamento según tramo (3)</b>	<b>Importe reintegrado por el laboratorio (4)</b>	<b>Importe pendiente de reintegro (5)=[(2)-(3)-(4)]*(1)</b>
CEUTA	13244	HARVONI	NO EXISTE	3	10.088,97	4.752,03	0	16.010,82
MELILLA	13384	HARVONI	3440006943	1	10.088,97	5.750,73	4.278,25	59,99
<b>PENDIENTE DE REINTEGRO POR EL LABORATORIO 3</b>					<b>20.177,94</b>	<b>10.502,76</b>	<b>4.278,25</b>	<b>16.070,81</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.



**ANEXO 9****MEDICAMENTOS SOVALDI COMERCIALIZADO POR EL LABORATORIO 3**  
**EJERCICIOS 2016**  
**(Euros)**

<b>Gerencia de Atención Sanitaria</b>	<b>Número historia Clínica</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Nota de abono</b>	<b>Envases</b>	<b>Importe a reintegrar por el 4º, 5º y 6º envase (1)</b>	<b>Importe reintegrado por el laboratorio (2)</b>	<b>Importe pendiente de reintegro (3)=(1)-(2)</b>
MELILLA	4426	SOVALDI	3440018562	1	7.862,53	3.145,00	4.717,53
MELILLA	4426	SOVALDI	3440019586	2	15.725,06	6.290,00	9.435,06
<b>PENDIENTE DE REINTEGRO POR EL LABORATORIO GILDEAD</b>					<b>23,587,59</b>	<b>9.435,00</b>	<b>14.152,59</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

**COSTE ECONÓMICO ESTIMADO DE LOS PROCESOS HOSPITALARIOS DE MUJERES  
EMBARAZADAS EXTRANJERAS NO ASEGURADAS EN CEUTA  
(Ejercicios 2015 y 2016)**

<b>Concepto</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Partos de mujeres residentes en el CETI	8.695,12	2.122,80
Partos resto personas extranjeras no aseguradas	1.099.368,85	1.206.713,43
Otros episodios relacionados con embarazos mujeres residentes CETI	3.169,12	0,00
Otros episodios relacionados con embarazos de personas extranjeras no aseguradas	53.922,42	3.127,09
<b>Total partos personas extranjeras no asegurados (1)</b>	<b>1.165.155,51</b>	<b>1.211.963,32</b>
Total partos según libro de partos del Hospital Universitario de Ceuta (2)	4.297.675,96	3.768.784,59
<b>Porcentaje (1)/(2)</b>	<b>27,11%</b>	<b>32,16%</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

**COSTE ECONÓMICO ESTIMADO DE LOS PROCESOS HOSPITALARIOS DE MUJERES  
EMBARAZADAS EXTRANJERAS NO ASEGURADAS EN MELILLA  
(Ejercicios 2015 y 2016)**

<b>Concepto</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Partos de mujeres residentes en el CETI	123.126,34	53.771,33
Partos resto personas extranjeras no aseguradas	4.855.328,10	4.679.430,83
Otros episodios relacionados con embarazos mujeres residentes CETI	10.015,85	5.928,39
Otros episodios relacionados con embarazos de personas extranjeras no aseguradas	151.455,84	136.613,26
<b>Total partos personas extranjeras no asegurados (1)</b>	<b>5.139.926,13</b>	<b>4.875.743,81</b>
Total partos según libro de partos del Hospital Comarcal de Melilla (2)	8.891.511,56	8.243.805,25
<b>Porcentaje (1)/(2)</b>	<b>57,81%</b>	<b>59,14%</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

**COSTE ECONÓMICO ESTIMADO DE LOS PROCESOS HOSPITALARIOS DE NEONATOS  
EXTRANJEROS NO ASEGURADOS EN CEUTA Y MELILLA  
(Ejercicios 2015 y 2016)**

Área Sanitaria	Concepto	2015	2016
Ceuta	Neonatología menores no asegurados (1)	150.313,42	160.787,21
	Total neonatología (2)	609.813,14	336.795,90
	<b>Porcentaje (1)/(2)</b>	<b>24,65%</b>	<b>47,74%</b>
Melilla	Neonatología menores no asegurados (3)	1.002.602,62	1.050.360,35
	Total neonatología (4)	1.329.513,74	1.230.386,74
	<b>Porcentaje (3)/(4)</b>	<b>75,41%</b>	<b>85,37%</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

**COSTE ECONÓMICO ESTIMADO DE LOS PROCESOS URGENCIAS DE EXTRANJEROS NO ASEGURADOS EN CEUTA Y MELILLA**  
**(Ejercicios 2015 y 2016)**

Área Sanitaria	Concepto	Importe 2015	Importe 2016
Ceuta	Urgencias extranjero no asegurado (1)	892.337,51	1.025.712,52
	Total urgencias (2)	13.737.626,03	14.527.554,20
	<b>Porcentaje (1)/(2)</b>	<b>6,50%</b>	<b>7,06%</b>
Melilla	Urgencias extranjero no asegurado (3)	2.568.531,49	2.495.266,31
	Total urgencias (4)	12.501.427,91	12.908.636,59
	<b>Porcentaje (3)/(4)</b>	<b>20,55%</b>	<b>19,33%</b>

Fuente: Elaboración del Tribunal de Cuentas.

**DEUDAS PENDIENTES DE COBRO POR LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS  
PRESTADOS POR EL CNDPR EN EL PERÍODO 2012 A 2016****31.12.2016****(Euros)**

Entidad deudora	Importe facturado	Importe cobrado	Deuda pendiente de cobro
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	2.773.092,12	557.521,48	2.215.570,64
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD	2.472.799,56	741.446,92	1.731.352,64
SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA	1.657.724,82	271.621,96	1.386.102,86
SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD	1.359.256,62	5.494,98	1.353.761,64
SERVICIO GALLEGO DE SALUD	1.312.370,18	77.327,72	1.235.042,46
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN	1.358.749,80	408.997,50	949.752,30
OSAKIDETZA SERVICIO VASCO DE SALUD	947.698,34	0,00	947.698,34
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA	982.626,88	91.482,42	891.144,46
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	563.241,62	0,00	563.241,62
SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD	746.449,72	187.048,88	559.400,84
SERVICIO CANARIO DE SALUD	691.694,82	142.451,72	549.243,10
SERVICIO MURCIANO DE SALUD	539.966,60	51.374,60	488.592,00
SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	514.408,62	135.058,40	379.350,22
SERVICIO NAVARRO DE SALUD	526.217,06	171.953,20	354.263,86
SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES	465.297,54	213.423,94	251.873,60
SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD	175.936,04	6.882,16	169.053,88
SERVICIO RIOJANO DE SALUD	173.388,66	47.224,12	126.164,54
MINISTERIO DE SANIDAD	10.240,66	438,00	9.802,66
UNIVERSIDADES	14.061,98	4.466,92	9.595,06
INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA	5.415,92	996,68	4.419,24
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL	6.971,28	2.938,14	4.033,14
INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES	5.706,20	1.920,36	3.785,84
<b>TOTAL</b>	<b>17.303.315,04</b>	<b>3.120.070,10</b>	<b>14.183.244,94</b>

Fuente: Información del INGESA.