

RESOLUCIÓN (Expte. r 351/99 Unespa)

PLENO

Excmos. Sres.:

Petitbò Juan, Presidente
Hernández Delgado, Vocal
Castañeda Boniche, Vocal
Pascual y Vicente, Vocal
Comenge Puig, Vocal
Martínez Arévalo, Vocal
Huerta Trolèz, Vocal
Franch Meneu, Vocal
Muriel Alonso, Vocal

En Madrid, a 6 de mayo de 1999.

El Pleno del Tribunal de Defensa de la Competencia, con la composición expresada al margen y siendo Ponente el Excmo. Sr. D. Javier Huerta Trolèz, ha dictado la presente Resolución en el expediente r 351/99, de recurso contra el Acuerdo del Ilmo. Sr. Director General de Política Económica y Defensa de la Competencia, de 16 de diciembre de 1998, por el que se archivó la denuncia formulada por la Federación de Centros y Empresas de Hospitalización Privada contra la Unión Española de Entidades Aseguradoras (UNESPA), el Consorcio de Compensación de Seguros, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y los Servicios Regionales de Salud de Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia, Navarra y País Vasco, por presuntas prácticas prohibidas por los artículos 1º, 6º y 7º de la Ley de Defensa de la Competencia.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 7 de febrero de 1997, se presentó denuncia ante el Servicio de Defensa de la Competencia por la Federación de Centros y Empresas de Hospitalización Privada contra la Unión Española de Entidades Aseguradoras (UNESPA), el Consorcio de Compensación de Seguros, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y los Servicios Regionales de Salud de Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia, Navarra y País Vasco.

La denunciante imputaba a las Entidades y Organismos denunciados la práctica de acuerdos y conductas contrarias a la libre competencia, tipificadas en los artículos 1, a), 6 y 7 de la Ley de Defensa de la Competencia, en relación con la firma de los Convenios para 1996, de asistencia sanitaria a las víctimas de accidentes de tráfico, legalmente repercutibles sobre las entidades aseguradoras del

riesgo, en virtud del Seguro Obligatorio de responsabilidad civil de vehículos de motor.

SEGUNDO.- Recibida la denuncia, el Servicio de Defensa de la Competencia acordó la práctica de una información reservada, como diligencia previa encaminada a comprobar la procedencia de la incoación de expediente o del archivo de la denuncia.

Una vez practicadas las comprobaciones que se estimaron necesarias, el Ilmo. Sr. Director General de Política Económica y Defensa de la Competencia dictó un Acuerdo motivado, de fecha 16 de diciembre de 1998, en el que se declara la procedencia del archivo de la denuncia, por estimar que las conductas a que ésta se refería no se encuentran entre las prohibidas por la Ley de Defensa de la Competencia.

Concretamente, el Acuerdo señalaba que:

"1.- En relación con la posible infracción del artículo 1 de la LDC

El artículo 2 de la LDC establece que no será de aplicación la prohibición del artículo 1 a aquellos acuerdos que resultan de la aplicación de una Ley o de las disposiciones reglamentarias que se dicten en aplicación de una Ley.

Los acuerdos denunciados resultan de la aplicación de la Ley de Uso y Circulación de Vehículos a motor, el R.D.L. 1301/1986 y el R.D. 2641/96, Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor y, por tanto, a los mismos no les es de aplicación la imputación de práctica prohibida por el artículo 1 de la LDC.

2.- En relación con la posible infracción del artículo 6 de la LDC.

Para analizar una posible infracción del artículo 6 de la LDC es necesaria la existencia de una posición de dominio que haya sido abusiva o discriminatoria en el mercado relevante.

El mercado relevante es la prestación de servicios sanitarios, no financiada por la Seguridad Social, a los lesionados en accidentes de tráfico. Los oferentes son los hospitales públicos y privados y los demandantes, las Compañías de Seguros y el Consorcio.

Existen dos Convenios, el Convenio Público, suscrito entre UNESPA y los hospitales públicos y el Convenio privado, firmado por UNESPA y los hospitales privados, con condiciones económicas diferentes. Ninguno de los operadores ostenta posición de dominio ni como oferente ni como demandante. No se entiende en qué consiste la imposición al Convenio privado de las tarifas fijadas en el Convenio Público.

Por tanto, no parece haber indicios ni de la existencia de posición de dominio ni de la existencia de abuso.

3.- En relación con la posible infracción del artículo 7 de la LDC.

La Federación Nacional alega que los denunciados han acordado, en el Convenio Público, unas tarifas por debajo de los costes de sus servicios infringiendo el artículo 17 de la Ley de Competencia Desleal.

Para demostrar si existe base para esta imputación se han comparado las tarifas del Convenio Público con los precios que aplican los distintos Servicios Regionales de Salud a los no beneficiarios de la Seguridad Social, precios estos que deben reflejar, por imperativo legal, los costes de los servicios prestados.

De esta comparación se extraen las siguientes consecuencias (ver Anexo I).

- Primero, los costes de los Servicios Regionales de Salud no son homogéneos, existiendo disparidades entre ellos.

- Segundo, hay Servicios Regionales, cuyos costes están por encima y otros por debajo de las tarifas del Convenio Público.

2.1. En los casos de Cataluña, Navarra, Insalud y Andalucía, los costes son inferiores a las tarifas del Convenio y, difícilmente, se les puede imputar venta a pérdida.

2.2. La aceptación de las tarifas del Convenio Público cuando son inferiores a los costes se justifican porque su aplicación permite un acuerdo rápido entre las partes, facilita la tramitación, suprime los gastos judiciales para fijar las indemnizaciones, todo lo cual da lugar a un ahorro de los costes de transacción."

TERCERO.- Contra dicho Acuerdo la Federación denunciante interpuso Recurso ante este Tribunal, por medio de escrito presentado el día 5 de enero de 1999, en el que manifiesta su disconformidad con el archivo y reitera tanto la fundamentación jurídica como las peticiones contenidas en su escrito de denuncia.

Admitido el Recurso, el Tribunal dictó Providencia el 15 de enero siguiente, dando traslado de las actuaciones a los interesados para que formularan alegaciones, lo que hicieron en tiempo y forma tanto la parte recurrente como los denunciados, en apoyo de sus respectivas pretensiones.

CUARTO.- El Pleno del Tribunal deliberó y falló este recurso en su sesión del día 4 de mayo de 1999.

QUINTO.- Son interesados:

La Federación Nacional de Centros de Hospitalización Privada.
La Unión Española de Entidades Aseguradoras (UNESPA).
El Consorcio de Compensación de Seguros.
El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).
Los servicios regionales de salud de Andalucía, Canarias, Cantabria, Cataluña, Galicia, Navarra y País Vasco.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

PRIMERO.- La Federación recurrente impugna el Acuerdo de 16 de diciembre de 1998, del Ilmo. Sr. Director General de Política Económica y Defensa de la Competencia, por el que se archivó la denuncia formulada por aquella, argumentando, en síntesis, que no se discute la necesidad y efectividad de los convenios de asistencia sanitaria derivada de accidentes de tráfico, pero sí que se fije unos precios y unas condiciones por los aseguradores y la Sanidad Pública y, posteriormente, se firme otro convenio con la Sanidad privada, que no podrá discutir los precios, puesto que ya vienen estipulados por el primero. Añade que el Estado ostenta una clara posición de dominio en el campo de la asistencia sanitaria y que en sus acuerdos con los aseguradores se ven obligados a firmar un convenio en el que a veces no se cubren los costes reales de los servicios prestados y, finalmente, que la Sanidad Pública acepta algunas tarifas que se encuentran por debajo de los costes reales, con la idea de eliminar a los competidores.

Los denunciados que formularon alegaciones, interesaron la desestimación del recurso en base, principalmente, a los argumentos que fundamentan el Acuerdo impugnado. Además, el Consorcio de Compensación de Seguros manifestó en su escrito que existe absoluta independencia entre las Comisiones Nacionales de Vigilancia y Arbitraje encargadas de negociar los distintos convenios y que éstos se gestan y llevan a cabo con total separación, sin que los acuerdos con la Sanidad pública condicionen los de los centros privados, como lo prueba el hecho de que en 1998 éstos solicitaron postergar una reunión para conocer la marcha de las negociaciones de las públicas. Por su parte, el INSALUD añade que la negociación es anual y se realiza desconociendo el calendario y negociaciones de los centros privados.

SEGUNDO.- Ante todo, es preciso recordar el marco jurídico en el que se desenvuelven las conductas denunciadas, que tienen su origen en el artículo 13.1 del R.D. 2641/1986, de 30 de diciembre, del Reglamento del seguro de Responsabilidad Civil derivada del uso y circulación de vehículos de motor, que establece que “los gastos de asistencia médica y hospitalización derivados de accidentes de tráfico y amparados por el Seguro de Ocupantes serán íntegramente cubiertos por la entidad aseguradora si se presta en Centros Sanitarios reconocidos por el Consorcio de

Compensación de Seguros”, añadiendo en su Disposición adicional 1ª que a estos efectos, el Consorcio deberá hacer una relación anual de los Centros Sanitarios reconocidos.

En relación con la Sanidad Pública, la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, viene a establecer en su artículo 16 la obligación de la Sanidad pública de prestar asistencia sanitaria por los Servicios de Salud a los usuarios que no tengan derecho a tal asistencia, gratuitamente o sin contraprestación concreta, ni a la del sistema de la Seguridad Social, entre los que el Anexo II del R.D. 63/1995, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, incluye las derivadas de seguros obligatorios.

La Ley General de Sanidad, antes citada, establece en el artículo 16 que “la facturación a estos pacientes será efectuada por las respectivas administraciones de los centros, tomando como base los costes efectivos” y añade en el artículo 83 que los gastos inherentes a la prestación de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios “no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social” y que las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados”.

Examinando dentro del marco jurídico expuesto la denuncia y alegaciones formuladas por la denunciante y los interesados, así como la documentación que obra en el expediente, ha de llegarse a la conclusión de que el Acuerdo impugnado ha de ser confirmado, al no poder apreciarse que las conductas denunciadas constituyan una infracción de las previstas en los artículos 1.a), 6 y 7 de la Ley de Defensa de la Competencia.

TERCERO.- Concretamente, por lo que se refiere a la supuesta vulneración del artículo 1.a), que se atribuye a los denunciados por haber adoptado un acuerdo de fijación de precios restrictivo de la libre competencia, no existen datos o indicios relevantes que permitan la apertura de expediente sancionador, pues dadas las características de los convenios suscritos entre las partes denunciadas y la naturaleza de los servicios que constituyen su objeto, no cabe deducir que de ellos se deriven efectos negativos para la competencia.

El Acuerdo recurrido fundamenta el rechazo de esta primera imputación en el origen legal de los convenios celebrados entre la Sanidad Pública y las entidades aseguradoras, entendiendo que su celebración viene impuesta por la Ley de Uso y Circulación de Vehículos a Motor y por el R.D. 2641/96, del Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor y considera que, por ello, dichos convenios se encuentran amparados en el régimen de autorización legal que establece el artículo 2º de la Ley de Defensa de la Competencia. Sin embargo, nuestro rechazo a las pretensiones de la Federación recurrente no puede basarse en este criterio de autorización legal,

pues las normas legales y reglamentarias aplicables al caso se limitan a imponer la obligación de llevar a cabo la asistencia a las víctimas de accidentes de circulación (RD 2641/86), que será costeadada por el Consorcio de Compensación de Seguros o por las Compañías aseguradoras, en sus respectivos casos, y deberá prestarse tanto por la Sanidad pública (art. 80 Ley General de Sanidad) como por los centros privados reconocidos por el Consorcio, sin que el mandato legal alcance a regular el ámbito o la forma de determinación de los precios o tarifas aplicables ni obligue a que los acuerdos oportunos se lleven a cabo de forma separada para la Sanidad pública y la privada.

Prescindiendo, pues, de este único argumento en que se apoya el Acuerdo impugnado para rechazar la primera de las denuncias de la recurrente, llegamos no obstante a la misma conclusión que el Servicio en cuanto a la procedencia de archivo de las actuaciones. En efecto, nada hay que objetar, desde el punto de vista de la competencia, a que las tarifas que han de abonar los aseguradores a los centros sanitarios públicos o privados se fijen anualmente mediante convenios entre las distintas partes afectadas, pues este proceder favorece la eficacia y transparencia del sistema, como reconoce la propia parte denunciante, que no sólo afirma en su recurso la efectividad y necesidad de esta clase de acuerdos, sino que ella misma suscribe paralelamente otros análogos.

Desde esta premisa, el recurrente pretende demostrar que los Convenios que suscribe la Sanidad Pública con los aseguradores producen el efecto de condicionar los que, de forma paralela, celebran los centros privados con los mismos aseguradores, fijando indirectamente los precios o tarifas de éstos por los servicios y asistencias prestados en el ámbito de las lesiones amparadas por el Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor. En este sentido, las afirmaciones de la Federación denunciante quedan reducidas a meras especulaciones sin base probatoria, pues de la documentación que obra en las actuaciones no resulta la alegada coincidencia entre las tarifas pactadas por la Sanidad pública y por los centros hospitalarios privados, respectivamente, hasta el punto de que, como resulta de las tablas comparativas incorporadas al Acuerdo del Servicio y a su Anexo, las diferencias entre las tarifas pactadas en los convenios respectivos en los años 1996 y 1997 son evidentes, existiendo servicios y prestaciones cuyo precio es más elevado para la Sanidad privada y otros en que lo es para la pública. Debe tenerse en cuenta, además, que la forma de tramitación de ambos convenios, que se negocian y acuerdan separadamente, con total independencia funcional y temporal, constituye un dato relevante para rechazar la alegada influencia de lo pactado en el convenio con la Sanidad Pública sobre los acuerdos a que se vinculan los centros privados.

Igualmente, desde el punto de vista temporal, la denuncia sobre la influencia decisiva que las tarifas acordadas por la Sanidad pública pueden ejercer sobre las de la sanidad privada carece de fundamento, como resulta de la circunstancia de que, en relación con la anualidad de 1996, que es a la que se refiere la denuncia, fue

aprobado antes el Convenio de los denunciados con los aseguradores (resolución de 14 de marzo de 1996, publicada en el BOE de 22 de marzo de 1996) que el de la Sanidad pública que es objeto de la denuncia (resolución de 24 de abril de 1996, publicada en el BOE del 16 de mayo) y lo mismo sucede con los Convenios correspondientes al año 1998, al haber sido aprobado el de la sanidad privada por Resolución de la Dirección General de Seguros de 18 de marzo de 1998 (BOE de 25 de marzo), mientras que el de la Sanidad pública fue aprobado por Resolución de 27 de marzo de 1998 (BOE de 4 de abril).

CUARTO.- Por lo que se refiere a la imputación de que la Sanidad pública abusó de su posición de dominio en el mercado para imponer precios no equitativos, incurriendo en la infracción tipificada en el artículo 6º. 1 y 2 a) de la Ley de Defensa de la Competencia, se trata de una imputación que ha de ser igualmente rechazada.

En efecto, como viene a poner de manifiesto el Acuerdo del Servicio que es objeto de este recurso, tanto los hospitales privados como los públicos pactan sus acuerdos con UNESPA y con el Consorcio de Compensación de Seguros separadamente, sin que ninguno de ellos actúe en un plano de superioridad económica o institucional frente al otro.

Teniendo en cuenta que el mercado de referencia que puede verse afectado por los convenios que examinamos no es el de la prestación de servicios sanitarios en general, como parece dar a entender la parte denunciante, sino el de los servicios sanitarios no financiados por la Seguridad Social, derivados de accidentes de tráfico y amparados por la cobertura del Seguro obligatorio de riesgos de la circulación, resulta evidente que la Sanidad pública, que no actúa en este ámbito con ánimo de lucro sino en virtud de un mandato legal, participa en la elaboración de sus convenios en un plano de igualdad con las otras partes concertantes, de la misma manera que lo hacen los Centros privados cuando de pactar sus propias tarifas y condiciones se trata, por lo que no puede apreciarse que la primera actúe en una posición de dominio ni, menos aun, que se valga de ella para pactar las condiciones de prestación de un servicio al que se haya legalmente obligada.

QUINTO.- Queda, finalmente, por examinar la denunciada infracción del artículo 7º de la Ley de Defensa de la Competencia, en relación con el 17.2.c) de la Ley de Competencia Desleal, que sancionan las ventas realizadas bajo coste y practicadas con la finalidad de eliminar del mercado a uno o varios competidores, cuando, por falsear de manera sensible la libre competencia, afectan al interés público, conducta que el denunciante atribuye únicamente a la Sanidad pública, estatal y regional, afirmando que las tarifas pactadas por éstas con los aseguradores estaban fijadas conscientemente por debajo de los costes reales de los servicios correspondientes, con el fin de expulsar del mercado a los centros privados.

Podría argumentarse que la propia Federación recurrente proporciona una base para rechazar, a priori, la imputación que ella misma realiza, ya que señala en su escrito de denuncia que la verdadera finalidad de las rebajas de precios por parte de la Sanidad pública no es otra que la de beneficiar a los aseguradores, lo cual, de ser cierto, excluiría “ad limine” la posibilidad de aplicar los preceptos legales que aquélla invoca, al no encontrarse dicha finalidad de beneficiar a terceros entre las que el artículo 17 de la Ley de Competencia Desleal exige para la prohibición de las ventas a pérdida.

Admitiendo, no obstante, la posibilidad de considerar que la denuncia imputaba también a la Sanidad pública el ánimo de eliminar del mercado a los centros privados presuntamente competidores, ya que así se expresa en el escrito de interposición del recurso, debemos examinar tanto si efectivamente se pactaron tarifas inferiores a los costes, como si puede apreciarse el dolo específico que exige la infracción denunciada y si, en caso afirmativo, la expresada conducta produjo la afectación del interés público que reclama el artículo 7º de la Ley de Defensa de la Competencia.

La primera cuestión aparece correctamente resuelta en el Acuerdo recurrido, al expresar que, dentro de la Sanidad pública, los costes de los diferentes Servicios Regionales de Salud no son homogéneos ni entre sí ni con los propios del Instituto Nacional de la Salud, lo que naturalmente obliga a la fijación de tarifas únicas medias, que en unos casos superan y en otros no alcanzan los costes de cada uno de estos organismos, lo que resulta una consecuencia obligada de la celebración de un convenio único, lo mismo que ocurre con los centros privados. No debe olvidarse al respecto que la legislación vigente obliga a facturar estos servicios por su coste real, lo que sería incumplido en el caso de que todas las diferentes tarifas se fijasen por encima de su coste medio respectivo, como parece pretender el recurrente.

En cuanto a la concurrencia o no del elemento subjetivo del injusto, constituido por la intención de eliminar a los competidores del mercado, nos centraremos en el mercado relevante que hemos de considerar, como se expresa más arriba, que es el de los servicios sanitarios no financiados por la Seguridad Social, derivados de accidentes de tráfico y amparados por la cobertura del Seguro obligatorio de riesgos de la circulación, y desde esta perspectiva hemos de concluir en la imposibilidad de llegar a la conclusión que trata de alcanzar el recurrente.

En efecto, ante la ausencia de prueba directa acerca de la eventual concurrencia del ánimo denunciado, debemos acudir a otros datos fácticos o jurídicos que nos permitan obtener una conclusión acerca del elemento interno de la intención que movió a las partes a la fijación de las tarifas pactadas en el convenio a que se refiere el recurrente y, tras el examen de las actuaciones, la conclusión ha de ser contraria a la existencia de la intención de expulsar a los competidores del mercado. Así debe deducirse de la simple constatación de que los centros privados continúan celebrando sus acuerdos con los aseguradores año tras año y

participando voluntariamente en las prestaciones sanitarias derivadas de accidentes amparados por el Seguro Obligatorio y a la misma conclusión hemos de llegar si tenemos en cuenta que la Sanidad Pública no actúa en este mercado específico con fines comerciales, sino en cumplimiento de una obligación legal, sin ánimo de lucro o de beneficio económico, ya que su facturación ha de hacerse sobre la base de los costes reales, lo que indica la irrealidad de una situación de competencia con los centros privados e induce a pensar que una eventual salida de éstos del mercado más perjudicaría que beneficiaría a la Sanidad Pública, que vería incrementadas las cargas derivadas de su obligación legal sin obtener ningún beneficio económico.

En su virtud, este Tribunal

HA RESUELTO

Desestimar el recurso interpuesto por la Federación de Centros y Empresas de Hospitalización Privada contra el Acuerdo de 16 de diciembre de 1998, del Ilmo. Sr. Director General de Política Económica y Defensa de la Competencia, que confirmamos en todas sus partes.

Comuníquese esta Resolución al Servicio de Defensa de la Competencia y notifíquese al recurrente y al denunciado, haciéndoles saber que contra ella no cabe recurso alguno en vía administrativa, pudiendo interponer recurso contencioso-administrativo ante la Audiencia Nacional en el plazo de dos meses contados desde su notificación.