SINDICATURA DE COMPTES

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torrevieja

Ejercicios 2003-2016

AUDITORÍA OPERATIVA DE LA CONCESIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TORREVIEJA.

EJERCICIOS 2003-2016

ÍNDICE **Página**

1. Cifras y hechos claves 3

2. Objetivos y alcance de la auditoría 5

3. Conclusiones 8

4. Recomendaciones 14

APÉNDICE 1. Análisis del entorno 17

APÉNDICE 2. Enfoque metodológico 20

APÉNDICE 3. Observaciones sobre los principios de eficiencia, eficacia y economía en la gestión 21

APÉNDICE 4. Observaciones sobre el control de la prestación por parte de la Administración 45

APÉNDICE 5. Observaciones sobre el precio final del contrato 64

APÉNDICE 6. Glosario de términos y abreviaturas 72

TRÁMITE DE ALEGACIONES 77

APROBACIÓN DEL INFORME

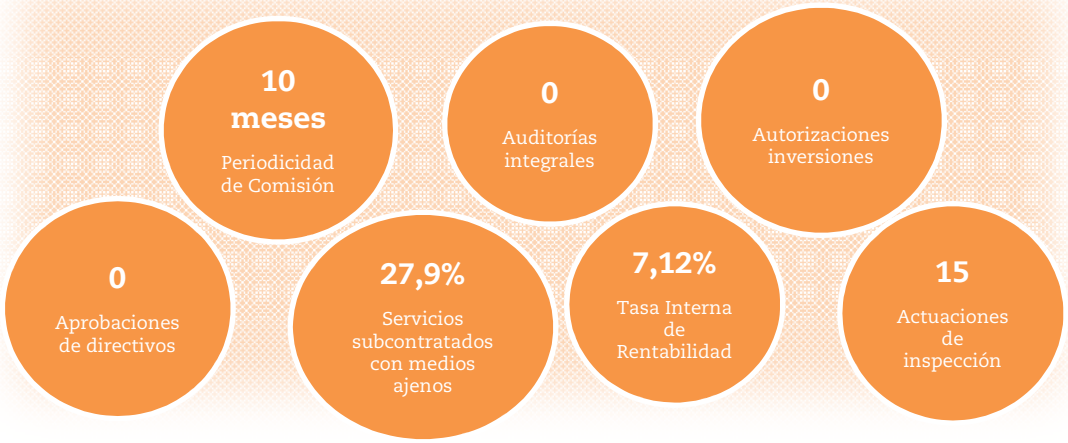
ANEXO I Alegaciones presentadas

ANEXO II Informe sobre las alegaciones presentada

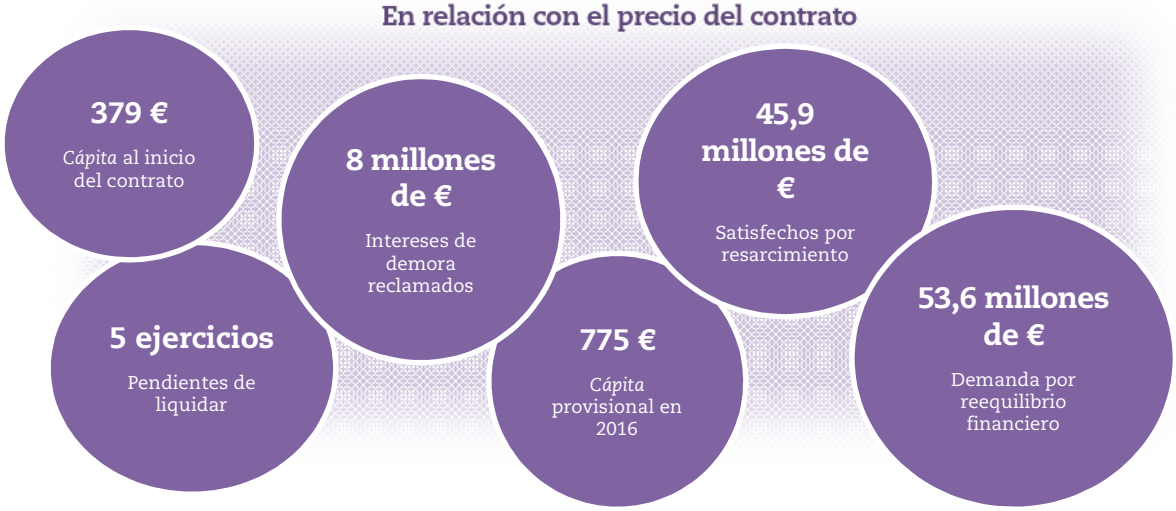
1. CIFRAS Y HECHOS CLAVE

En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía

En relación con el control de la prestación por parte de la Administración



En relación con el precio del contrato



En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía, las **cifras de color azul** son las correspondientes a la concesión del Departamento de Salud de Torrevieja.

* Media del conjunto de los departamentos de salud del Grupo II (sólo hospitales de gestión pública).
** Media del conjunto de los departamentos de salud del Grupo II.
*** Media total de la Comunitat Valenciana.
**** Media del personal estatutario en el conjunto de la Comunitat Valenciana.

La asistencia sanitaria integral de la población protegida del DS de Torrevieja supone un ahorro del gasto corriente público en torno a 45 millones de euros anuales, lo que implica un 30% de ahorro sobre el gasto medio de hospitales de gestión pública del Grupo II

El coste laboral por hora del personal contratado es inferior al del personal estatutario, siendo más elevado el cupo de pacientes asignados por médico en AP

El DS de Torrevieja registró en 2016 un mayor índice de consecución de los objetivos establecidos en los acuerdos de gestión que el obtenido por el conjunto de la Comunitat Valenciana

GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torrevieja

El precio final abonado del contrato en el periodo 2006-2016 es 108 millones superior al precio resultante de aplicar la literalidad de los pliegos

No hay una revisión formal y consensuada de la rentabilidad del proyecto que permita concluir sobre la suficiencia de las inversiones realizadas

El sistema de control de la gestión realizada por el concesionario por parte de la Administración ha resultado ineficaz

El órgano de contratación no ha liquidado el precio final del contrato desde 2013 a 2017

2. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El artículo 6 de la Ley de la Generalitat Valenciana 6/1985, de 11 de mayo, de Sindicatura de Comptes (en su redacción dada por la Ley 16/2017, de 10 de noviembre, de la Generalitat de modificación de la Ley 6/1985) incluye entre sus funciones, además de las referidas al control externo de la gestión económico-financiera del sector público valenciano y de sus cuentas, aquellas que, de acuerdo con el ordenamiento jurídico, sean convenientes para asegurar adecuadamente el cumplimiento de los principios financieros, de legalidad, de eficacia y de economía y de transparencia, exigibles al sector público, así como la sostenibilidad ambiental y la igualdad de género. Por otra parte, el artículo 9.3 de la misma Ley determina que los informes habrán de pronunciarse, entre otros, sobre si la gestión de los recursos humanos, materiales y de los fondos presupuestarios se ha desarrollado de forma económica y eficiente, y evaluar el grado de eficacia en el logro de los objetivos previstos.

En consecuencia, el presente Informe es el resultado del trabajo de evaluación con criterios de eficiencia, eficacia y economía de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torrevieja, encomendada mediante concesión administrativa a "Torrevieja Salud UTE Ley 18/82". Para poder evaluar la actividad concertada con dichos criterios, se han definido los siguientes objetivos concretos, formulados en términos de preguntas:

Objetivo 1:	¿Se han adquirido las prestaciones sanitarias en el Departamento de Salud de Torrevieja en la cantidad, calidad y coste más adecuado?

Objetivo 2:	¿Existe un sistema adecuado de control de la gestión realizada por el concesionario por parte de la Administración concedente?

Objetivo 3:	¿El precio de la prestación, determinado mediante las liquidaciones anuales, cumple con las condiciones económicas contractuales?

Para facilitar la obtención de respuestas a estos objetivos, cada uno de ellos se ha desglosado en varios subobjetivos, y para cada uno de estos, se han definido los criterios de auditoría, que se resumen en el cuadro siguiente:

Cuadro 1. Objetivos, subobjetivos y criterios de auditoría

Objetivos	Subobjetivos	Criterios
1. ¿Se han adquirido las prestaciones sanitarias en el Departamento de Salud de Torrevieja en la cantidad, calidad y coste más adecuado? (apéndice 3)	1.1 ¿Existen informes económicos que soporten la determinación del precio del contrato?	- Prima *per cápita* inicial de los contratos de concesión vigentes
	1.2 ¿Los recursos materiales y humanos obtenidos mediante la concesión tienen un coste menor que aquellos obtenidos mediante medios propios?	- Gasto corriente sanitario público (capítulo 1 y 2) por habitante - Coste de inversión en construcción del hospital por cama instalada - Coste de personal por hora
	1.3 ¿Son suficientes los recursos sanitarios puestos a disposición de la población protegida del departamento?	- Número de tarjetas sanitarias asignadas por profesional en atención primaria - Número de camas por cada 1.000 habitantes - Esfuerzo inversor en dotación tecnológica por habitante - Equipos de alta tecnología por cada 100.000 habitantes - Gasto farmacéutico por habitante
	1.4 ¿El acceso a las prestaciones sanitarias se realiza en condiciones de igualdad efectiva en el Departamento de Salud de Torrevieja respecto al resto de departamentos?	- Número de servicios de atención especializada (cartera de servicios) - % de pacientes satisfechos con la atención sanitaria recibida - Indicadores de resultados asistenciales según los acuerdos de gestión - Indicadores del estado de salud
	1.5 ¿El volumen de inversiones realizado se corresponde con el compromiso adquirido?	- % de inversión ejecutada sobre inversión comprometida
	1.6 ¿Se derivan al sistema público las asistencias sanitarias que requieren de procedimientos y tratamientos más costosos?	- Ratio media de desviaciones - Coste medio por episodio derivado - Proporción de episodios de hospitalización de mayor valor económico
	1.7: ¿El concesionario factura a la Conselleria los servicios de asistencia especializada prestados a pacientes no incluidos en la población protegida dependiente del concesionario?	- Coste medio por episodio recibido
2. ¿Existe un sistema adecuado de control de la gestión realizada por el concesionario por parte de la Administración concedente? (apéndice 4)	2.1 ¿Se han definido indicadores asistenciales que permitan evaluar periódicamente los servicios prestados por el concesionario?	- Análisis cuantitativo y cualitativo de las cláusulas contractuales - Índice de cumplimiento de los objetivos establecidos en los acuerdos de gestión del ejercicio 2016
	2.2 ¿Se ha realizado un control efectivo por parte de la Comisión Mixta de Seguimiento?	- Facultades ejercidas por la Comisión Mixta de Seguimiento - Periodicidad de las reuniones
	2.3 ¿La Administración ha autorizado la prestación de servicios con medios ajenos y se ha verificado que las prestaciones subcontratadas con terceros no exceden del 50% de la parte capitativa del precio?	- % prestaciones sobre *cápita* realizadas con medios ajenos - Autorizaciones de prestación de servicios
	2.4 ¿La Administración ha realizado el seguimiento y control de las obras de construcción y equipamiento del nuevo hospital?	- Actas de dimensión de inversiones
	2.5 ¿Se han autorizado las propuestas de inversiones?	- Autorizaciones de inversiones

Objetivos	Subobjetivos	Criterios
	2.6 ¿La Administración ha autorizado la contratación del personal directivo?	- Autorizaciones de nombramientos
	2.7 ¿Se ha cumplido con el principio de sostenibilidad del modelo?	- Tasa interna de rentabilidad de la concesión
	2.8 ¿El concesionario ha sido sometido a auditoría integral anual realizada por la Administración?	- Número de auditorías realizadas por la Conselleria
	2.9 ¿Se han ejercido las funciones de inspección en el Departamento de Salud de Torrevieja?	- Análisis cualitativo de los informes de inspección
3. ¿El precio de la prestación, determinado mediante las liquidaciones anuales, cumple con las condiciones económicas contractuales? (apéndice 5)	3.1 ¿La Administración cumple con los plazos legales establecidos en las condiciones económicas del contrato?	- Fecha de las liquidaciones
	3.2 ¿La Administración cumple con el régimen de pagos establecido contractualmente?	- Periodo medio de pago - Intereses de demora
	3.3 ¿Se ha actualizado anualmente la prima *per cápita* de acuerdo con el pliego de cláusulas administrativas particulares?	- Prima calculada conforme a PCAP
	3.4 ¿Las liquidaciones anuales reflejan fielmente los gastos e ingresos incurridos por ambas partes?	- Análisis cualitativo y cuantitativo de las liquidaciones

Fuente: Elaboración propia

El apartado 3 de este Informe contiene las conclusiones más relevantes que se formulan para cada uno de los objetivos antes citados. El apartado 4 recoge las recomendaciones para mejorar la gestión de la Conselleria en relación con la concesión administrativa de la asistencia sanitaria integral del Departamento de Salud de Torrevieja.

El Informe incluye también seis apéndices:

- En el apéndice 1 se describen los aspectos básicos del mapa sanitario valenciano, el entorno de control de la Administración y las características básicas de la concesión administrativa sanitaria del Departamento de Salud de Torrevieja.

- En el apéndice 2 se describe la metodología aplicada para llevar a cabo el trabajo realizado, incluyendo la naturaleza de las pruebas y obtención de evidencia.

- Los apéndices 3, 4 y 5 contienen las observaciones que se formulan para cada uno de los objetivos antes citados.

- El apéndice 6 contiene el glosario de términos y las abreviaturas utilizadas.

En el alcance de esta auditoría operativa queda excluida expresamente la fiscalización de la adjudicación del expediente de contratación, si bien se

ha dispuesto del contrato y de sus pliegos de condiciones (administrativas y técnicas) que nos han servido para llevar a cabo nuestros análisis y comprobaciones pertinentes.

El ámbito temporal analizado ha cubierto desde el periodo inicial de la concesión, aunque determinados criterios de auditoría se han focalizado en los resultados del último ejercicio auditado (2016).

El trabajo se ha desarrollado de acuerdo con los *Principios fundamentales de fiscalización de las instituciones públicas de control externo* y con las normas técnicas de fiscalización aprobadas por el Consell de la Sindicatura recogidas en el *Manual de fiscalización* de la Sindicatura de Comptes, en especial en la sección 3200 de dicho Manual, "Guía de fiscalización operativa". Esta guía concuerda en sus aspectos relevantes con las normas aprobadas por las instituciones de control externo sobre la fiscalización operativa, que están basadas en las normas ISSAI-ES 300, ISSAI-ES 3000 e ISSAI-ES 3100.

Para llevar a cabo esta auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torrevieja, se ha realizado previamente un análisis del entorno relacionado con el sistema sanitario de la Comunitat Valenciana. Para ello, se ha consultado y analizado la documentación que se ha considerado más relevante en este ámbito referida básicamente a la legislación aplicable, artículos de opinión, estadísticas, información económica presupuestaria, informes de órganos de control y estudios sobre el denominado Modelo Alzira. Consideramos que la evidencia de auditoría obtenida proporciona una base suficiente y adecuada para fundamentar las conclusiones y observaciones que se detallan en este Informe.

Agradecemos la colaboración prestada en la realización del trabajo al personal de los servicios centrales de la Conselleria de Sanitat, a la Unidad del Comisionado del Departamento de Salud de Torrevieja y al equipo directivo de "Torrevieja Salud UTE Ley 18/1982".

3. CONCLUSIONES

De acuerdo con las observaciones detalladas en los apéndices 3, 4 y 5, las conclusiones más relevantes son las que se señalan a continuación.

En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía

a) El procedimiento utilizado para fijar la prima anual *per cápita* inicial del contrato no contempló factores que influyen en el coste efectivo de la prestación sanitaria integral como son: el plazo de la concesión; el plazo de ejecución de las obras; el volumen de la inversión comprometida; la cartera de servicios ofertada; las prestaciones sanitarias incluidas; y las características de la población protegida (ver subobjetivo 1.1 en el apéndice 3).

b) De acuerdo con nuestras estimaciones, la asistencia sanitaria integral de la población protegida del Departamento de Salud de Torrevieja, en los términos recogidos en el contrato, supone un ahorro del gasto corriente público en torno a 45 millones de euros anuales, lo que implica un 30%[1] de ahorro sobre el gasto medio de hospitales de gestión pública del Grupo II (ver subobjetivo 1.2 en el apéndice 3).

c) El coste medio por hora de trabajo efectivo del personal con contrato laboral en el Departamento de Salud de Torrevieja asciende a 28,6 euros, un 8,6% inferior al coste medio por hora del personal estatutario en el conjunto de los departamentos de salud (31,3 euros), debido a factores tales como la estructura retributiva, los índices de absentismo del personal, la estructura organizativa de mandos directivos e intermedios y la antigüedad media de la plantilla (ver subobjetivo 1.2 en el apéndice 3).

d) Cada médico de familia en el Departamento de Salud de Torrevieja tiene asignadas 52 tarjetas más que la media autonómica (1.423 tarjetas) y 70 de estos facultativos tienen asignadas más de 1.500 tarjetas, lo que supera el cupo recomendado por las sociedades científicas (ver subobjetivo 1.3 en el apéndice 3).

e) El Departamento de Salud de Torrevieja alcanzó en el ejercicio 2016 un índice de consecución del 63,9% de los objetivos establecidos en los Acuerdos de Gestión, sensiblemente superior al conjunto de departamentos de salud de la Comunitat Valenciana, que tuvo un índice de consecución del 47,9%. En particular, y respecto a los objetivos relacionados con el área "Mejorar la atención prestada", es significativo el menor tiempo que deben esperar los pacientes con solicitud en lista de espera quirúrgica, 38 días en el Departamento de Salud de Torrevieja frente a la media autonómica de 115 días (ver subobjetivo 1.4 en el apéndice 3 y subobjetivo 2.1 en el apéndice 4).

f) Los indicadores del estado de salud -esperanza de vida y mortalidad general- del Departamento de Salud de Torrevieja y de la Comunitat Valenciana del último ejercicio disponible -2015- indican que la esperanza de vida al nacer en el Departamento de Salud de Torrevieja es de 82,8 años, ligeramente por encima de la media autonómica, que se sitúa en 82,2. La tasa de mortalidad para todas las edades y todas las causas por 100.000 habitantes ajustada a la población es de 822,0 en el Departamento de Salud de Torrevieja,

[1] El porcentaje, referido al ejercicio 2016, puede diferir ligeramente por el resto de ajustes a la *cápita* según las condiciones del contrato una vez se practique la liquidación definitiva. En el periodo 2006 a 2012, el precio final del contrato ascendió a 628.025.986 euros, un 2,6% superior al importe abonado efectivamente en concepto de pagos a cuenta (ver cuadro 25).

mientras que la media autonómica se situó en 911,0 en el año 2015 (ver subobjetivo 1.4 en el apéndice 3).

g) Las inversiones ejecutadas por el concesionario hasta 2016 ascienden a 104,4 millones de euros, un 129,8% del importe comprometido en su oferta económica (ver subobjetivo 1.5 en el apéndice 3).

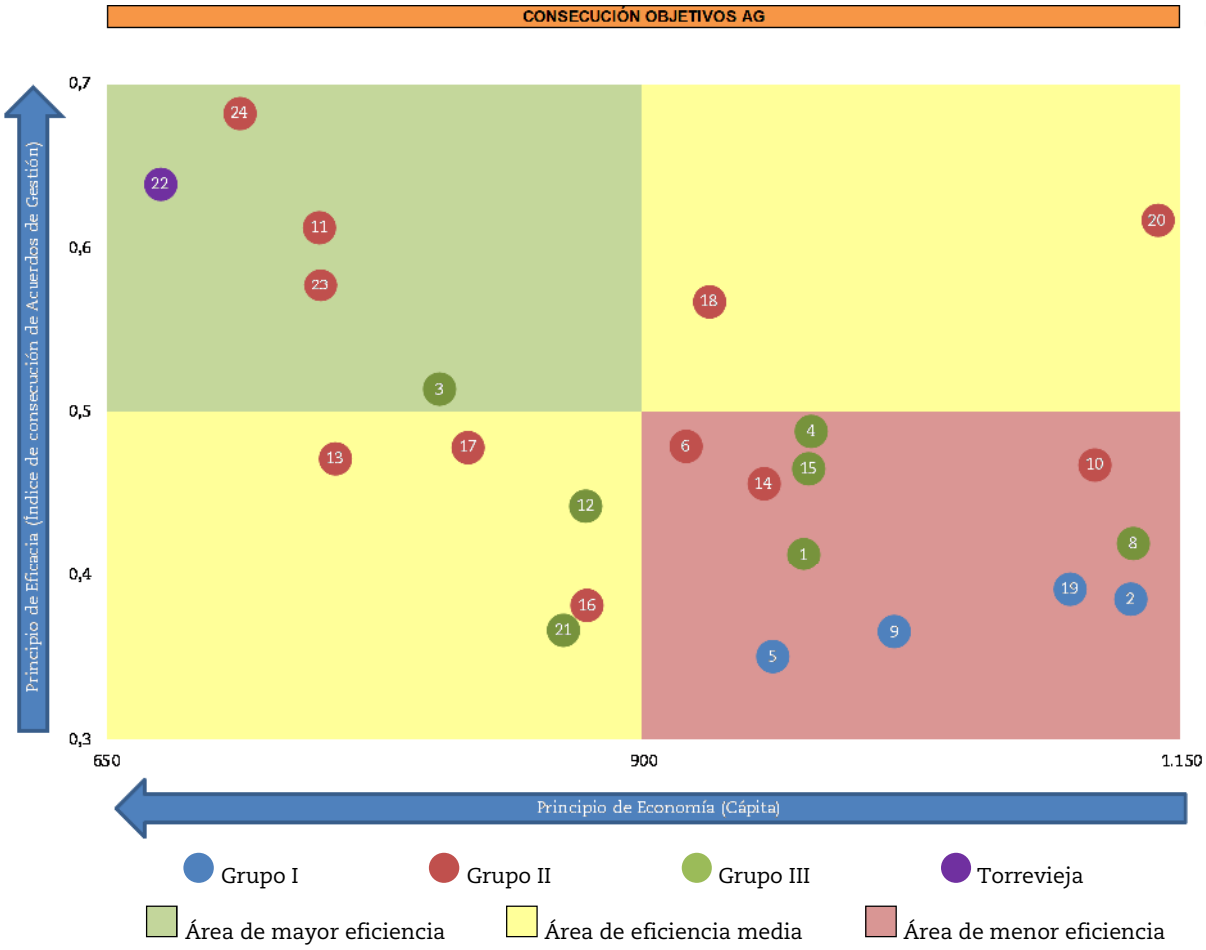
h) El número de derivaciones (episodios de hospitalización de población protegida del Departamento de Salud Torrevieja en departamentos de salud ajenos) por cada 100.000 habitantes es inferior a la media de la Comunitat Valenciana, pero el coste medio es sensiblemente superior (ver subobjetivo 1.6 en el apéndice 3).

i) De forma gráfica, al evaluar conjuntamente el principio de economía y el principio de eficacia, podemos concluir que Torrevieja es uno de los departamentos de salud[2] más eficientes.

   Las dos variables empleadas en el gráfico 1 figuran en los respectivos ejes: en el de abscisas, el gasto corriente sanitario público *per cápita*; en el de ordenadas, el porcentaje de consecución de los objetivos establecidos en los acuerdos de gestión. El gráfico distingue cuatro áreas: la zona sombreada en verde ubica los departamentos con menor gasto *per cápita* y mayor grado de consecución de objetivos, mientras que en la zona sombreada en rojo se sitúan los departamentos con mayor gasto *per cápita* y menor grado de consecución de objetivos:

[2] En nuestra comparación se han considerado todos los departamentos de salud excepto València-La Fe por considerarse un "*outlier*" (excepción), debido a que el Hospital Universitari i Politècnic La Fe es uno de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud (SNS), acreditado para 13 patologías o procedimientos. Dicho centro hospitalario dispone hasta de 25 servicios acreditados como unidades de referencia en la Comunitat Valenciana, que desarrollan funciones con ámbito de influencia superior al hospital en el que se integran y que destacan en actividades asistenciales, docentes y de investigación.

Gráfico 1. Evaluación en los departamentos de salud del principio de economía y de eficacia



Nota: Los números en el interior de los círculos identifican a cada uno de los departamentos de salud. Puede consultarse el listado en el cuadro 2 siguiente.

j) Según un modelo frontera de evaluación de eficiencia[3], el Departamento de Salud de Torrevieja es eficiente, al igual que los departamentos de La Plana, València-Arnau, La Ribera, Marina Baixa, Manises y Elx-Crevillent.

[3] Eficiencia según modelo de análisis de datos envolvente (input orientado y rendimientos constantes a escala) en forma multiplicativa. Ambos modelos se han diseñado con cuatro inputs (Gasto público corriente por habitante, Esfuerzo inversor por habitante, Camas por habitante y Gasto farmacéutico por habitante) y tres outputs (en el Modelo A: Grado de consecución de objetivos de acuerdos de gestión, proporción de población con estado de salud sano y grado de satisfacción de los pacientes y en el Modelo B: Esperanza de vida al nacer, Proporción de población con estado de salud sano y Mortalidad estandarizada).

Cuadro 2. Evaluación de eficiencia según modelo de análisis envolvente de datos

Departamento de salud	Modelo A	Modelo B
1 - Vinaròs	0,981	1,000
2 - Castellón	0,858	0,987
3 - La Plana	1,000	1,000
4 - Sagunto	0,815	0,843
5 - València-Clínico	0,742	0,902
6 - València-Arnau-Llíria	1,000	1,000
8 - Requena	0,643	0,766
9 - València-Hospital General	0,731	0,870
10 - València-Dr. Peset	0,772	0,805
11 - La Ribera	1,000	1,000
12 - Gandia	0,801	0,887
13 - Dénia	0,940	1,000
14 - Xàtiva-Ontinyent	0,816	0,904
15 -Alcoy	0,761	0,832
16 - Marina Baixa	1,000	1,000
17 - Alicante-Sant Joan	0,900	0,988
18 - Elda	0,940	0,885
19 - Alicante	0,758	0,860
20 - Elx-Hospital General	0,949	0,881
21 - Orihuela	0,794	0,944
22 - Torrevieja	1,000	1,000
23 - Manises	1,000	1,000
24 - Elx-Crevillent	1,000	1,000

Fuente: Elaboración propia a partir de resolución del problema lineal equivalente que maximiza la función objetivo (entre 0 y 1, donde 1 significa departamento eficiente y valores <1 indican departamento no eficiente).

En relación con el control de la prestación por parte de la Administración

k) La Administración debería haber incorporado en el contrato de concesión cláusulas que permitieran garantizar y evaluar unos determinados niveles de calidad, como por ejemplo, la definición de indicadores específicos, el plan de evaluación de los mismos e incluso el régimen de penalizaciones en el supuesto del no cumplimiento de los objetivos.

l) La Comisión Mixta de Seguimiento de la concesión administrativa, no ha resultado ser un elemento eficaz como órgano de control, debido al escaso número de reuniones celebradas y porque sólo ha cumplido, con carácter general, con uno de los trece cometidos contractuales encomendados a la misma (ver subobjetivo 2.2 en el apéndice 4).

m) La Administración no ha autorizado formalmente al concesionario a prestar servicios con medios ajenos, si bien las prestaciones subcontratadas con terceros no exceden del 50% de la parte capitativa del precio (ver subobjetivo 2.3 en el apéndice 4).

n) La Administración no ha realizado el seguimiento y control de las obras de construcción y equipamiento del nuevo hospital (ver subobjetivo 2.4 en el apéndice 4).

o) La Administración no ha ejercido una tutela efectiva sobre el concesionario en materia de inversiones, pues no consta que se hayan aprobado formalmente los planes de inversión anuales desde el ejercicio 2009 ni tampoco los planes quinquenales presentados (ver subobjetivo 2.5 en el apéndice 4).

p) La Administración no ha autorizado formalmente el nombramiento del personal directivo (ver subobjetivo 2.6 en el apéndice 4).

q) No se ha revisado la rentabilidad del proyecto por parte de un auditor externo consensuado por las partes. Según nuestras estimaciones, la TIR se sitúa en el 7,12% en un escenario en el que se computan la totalidad de los ingresos del concesionario. El contrato establece la limitación de la TIR del proyecto en el 7,5% anual (ver subobjetivo 2.7 del apéndice 4).

r) La Administración no ha realizado ninguna auditoría integral anual del concesionario (ver subobjetivo 2.8 en el apéndice 4).

s) La Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria de la Conselleria de Sanitat ha incrementado el número de inspecciones realizadas al Departamento de Salud de Torrevieja. Así mismo, la Unidad del Comisionado ha intensificado las funciones que tiene atribuidas, entre las cuales está la de velar por la correcta aplicación de las cláusulas de la concesión (ver subobjetivo 2.9 en el apéndice 4).

En relación con el precio del contrato

t) Se encuentran pendientes de liquidar los ejercicios 2013 a 2017, por lo que el órgano de contratación no ha cumplido con las obligaciones impuestas por el contrato (ver subobjetivo 3.1 en el apéndice 5).

u) El concesionario ha reclamado formalmente el abono de 8 millones de euros en concepto de intereses de demora devengados por no cumplir la Administración con los plazos de pago (ver subobjetivo 3.2 en el apéndice 5).

v) Hemos estimado que el precio final del contrato abonado por la Conselleria en el periodo 2006-2016 es aproximadamente de 108,6 millones superior al precio que se deriva de la aplicación literal de

la cláusula de revisión prevista en los pliegos (ver subobjetivo 3.3 en el apéndice 5).

w) El órgano de contratación aprobó un expediente de resarcimiento por un importe total de 45,9 millones de euros para compensar económicamente al concesionario por conceptos distintos de los establecidos por los pliegos que rigen el contrato (ver subobjetivo 3.4 en el apéndice 5).

x) A la fecha de elaboración de este Informe, el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana no ha resuelto la demanda presentada por el concesionario reclamando el restablecimiento del equilibrio financiero del contrato como consecuencia de, a su juicio, la concurrencia de diversas circunstancias que han dado lugar a importantes perjuicios económicos que cuantifica en 53,6 millones de euros desde el inicio del periodo de concesión hasta el 31 de diciembre de 2015 (ver subobjetivo 3.4 en el apéndice 5).

De acuerdo con estas conclusiones, se han elaborado las recomendaciones que se detallan en el apartado siguiente.

4. RECOMENDACIONES

En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía

a) La Conselleria debe evaluar la eficiencia y eficacia de la utilización de los recursos públicos que se ponen en manos de un tercero mediante la adopción de procedimientos y métodos de análisis desde un enfoque proveniente de la gestión sanitaria y clínica, empleando métodos estadísticos paramétricos y no paramétricos (ver subobjetivo 1.1 en el apéndice 3).

b) El Departamento de Salud de Torrevieja debe adoptar las medidas oportunas para garantizar un nivel asistencial óptimo en atención primaria, y en particular, atender las recomendaciones de las sociedades científicas en cuanto a la asignación de tarjetas sanitarias por médico (ver subobjetivo 1.3 en el apéndice 3).

c) El Departamento de Salud de Torrevieja debe contribuir a la mejora constante del sistema sanitario mediante la adopción de medidas que aumenten el índice de consecución de los objetivos (ver subobjetivo 1.4 en el apéndice 3 y subobjetivo 2.1 en el apéndice 4).

En relación con el control de la prestación por parte de la Administración

d) La Comisión Mixta de Seguimiento debe celebrar sus reuniones con una periodicidad razonable (al menos una reunión semestral) y abordar todos los cometidos que le han sido asignados para

constituirse como un órgano de control eficaz (ver subobjetivo 2.2 en el apéndice 4).

e) La Conselleria de Sanitat debe definir un procedimiento adecuado para comunicar y autorizar las inversiones, detallando los canales de información a utilizar, el contenido de la información, la periodicidad y los órganos competentes para aprobarlas (ver subobjetivo 2.5 en el apéndice 4).

f) Al finalizar el plazo de concesión del servicio, todas las inversiones realizadas por el concesionario deben revertir a la Administración, por lo que la Conselleria debe destinar los recursos oportunos para comprobar efectivamente las inversiones realizadas y elaborar con carácter inmediato las actas de dimensión de inversiones (ver subobjetivo 2.5 en el apéndice 4).

g) La Conselleria debe exigir al concesionario un plan de acción que contemple los hitos de una migración programada de los sistemas de información antes de finalizar el plazo concesional, y en particular de aquellos que resulten ser herramientas informáticas básicas para la gestión de pacientes y ayuda a los profesionales sanitarios (ver subobjetivo 2.9 en el apéndice 4).

h) Conforme a lo recogido en el Decreto 37/2017, recomendamos que se incluya dentro del Plan de Inspección de Servicios Sanitarios para el año 2019, en relación con el Departamento de Salud de Torrevieja, procesos de inspección específicos vinculados con observaciones o denuncias realizadas por la Unidad del Comisionado (ver subobjetivo 2.9 en el apéndice 4).

i) Respecto a la facturación realizada por el concesionario sobre episodios de hospitalización a población no protegida, se propone adoptar medidas de control adicionales, como por ejemplo: diseñar un cruce automatizado y periódico de los registros individualizados contenidos en el CMBD y en Compas, revisar una muestra significativa de historias clínicas relativas a episodios de hospitalización realizados en el Departamento de Salud de Torrevieja desde el inicio del contrato, o emitir instrucciones dirigidas a los departamentos de salud de gestión pública para implantar revisiones periódicas de las codificaciones de los episodios de hospitalización de su población protegida que han sido realizados en las concesiones (ver subobjetivo 1.7 en el apéndice 3).

j) La Conselleria debe realizar anualmente la auditoría integral al concesionario, tal como señala el contrato de concesión (ver subobjetivo 2.8 en el apéndice 4).

En relación con el precio del contrato

k) Para facilitar y agilizar el proceso de liquidación del precio del contrato, resulta preciso que el órgano de contratación defina un procedimiento claro, con el consenso del concesionario, en el que se establezcan aspectos tales como los plazos de presentación y de alegación, los medios de comunicación a utilizar, los requisitos formales previos a cumplir y los órganos competentes para aprobar el precio del contrato (ver subobjetivo 3.1 en el apéndice 5).

l) Si concurren circunstancias que hayan modificado el equilibrio financiero del contrato, la Administración está obligada a resarcir al concesionario por el desequilibrio patrimonial ocasionado, para lo cual la Conselleria debería tramitar los correspondientes expedientes, dado que las liquidaciones deben recoger y cuantificar exclusivamente los conceptos que la literalidad de las obligaciones contractuales ha definido (ver subobjetivo 3.4 en el apéndice 5).

APÉNDICE 1. ANÁLISIS DEL ENTORNO

1. Aspectos básicos del mapa sanitario valenciano

El artículo 13 de la Ley 10/2014 de Salud de la Comunitat Valenciana determina que el Sistema Valenciano de Salud se ordena en departamentos de salud, que equivalen a las áreas de salud previstas en la legislación básica estatal. Dichos departamentos de salud son definidos como las estructuras fundamentales del Sistema Valenciano de Salud, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunitat Valenciana a los efectos sanitarios.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria ejerce las competencias referidas a la planificación y gestión de los recursos asistenciales, programas y servicios sanitarios, de la gestión integrada de la actividad asistencial, sistemas de información sanitaria, gestión de centros sanitarios, recursos asistenciales, atención sanitaria a la cronicidad, drogodependencia, salud mental, urgencias y emergencias e integración de la asistencia sanitaria, así como de la evaluación de la efectividad clínica y el seguimiento de la asistencia prestada con medios ajenos.

En 2016, el territorio valenciano estaba estructurado en 24 departamentos de salud y 241 zonas básicas de salud. Desde el punto de vista de la gestión de los servicios, 19 de los departamentos de salud estaban gestionados de forma directa por la Generalitat y otros 5 de forma indirecta a través de concesiones administrativas (La Ribera, Dénia, Torrevieja, Elx-Crevillent y Manises). Estos últimos atienden un 19% de la población valenciana y representan aproximadamente un 16% del gasto[4] (las unidades supradepartamentales que atienden a toda la población incurren en el 7% del gasto). Se indican en el cuadro siguiente los departamentos de salud de acuerdo con la clasificación utilizada por la Conselleria de Sanitat:

[4] Según la liquidación del presupuesto corriente del ejercicio 2016, el importe de las obligaciones reconocidas en los capítulos 1 y 2 de los programas 31320, 41222, 41224, 41228 y 41229 asciende a 4.756 millones de euros.

Cuadro 3. Departamentos de salud en la Comunitat Valenciana

Grupo I	Grupo II	Grupo III
2 - Castellón	6 - València-Arnau-Llíria	1 - Vinaròs
5 - València-Clínico	10 - València-Dr. Peset	3 - La Plana
7 - València-La Fe	11 - La Ribera	4 - Sagunto
9 - València-Hospital General	13 - Dénia	8 - Requena
19 - Alicante	14 - Xàtiva-Ontinyent	12 - Gandia
	16 - Marina Baixa	15 - Alcoy
	17 - Alicante-Sant Joan	21 - Orihuela
	18 - Elda	
	20 - Elx-Hospital General	
	22 - Torrevieja	
	23 - Manises	
	24 - Elx-Crevillent	

Fuente: Acuerdos de Gestión 2016

2. Control de las concesiones administrativas

A partir del Decreto 156/2015, de 18 de septiembre, del Consell de la Generalitat, por el que se aprobó el nuevo Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, se creó una Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria responsable de la inspección de la asistencia sanitaria, el control de calidad de los servicios y el cumplimiento de las cláusulas de explotación de los departamentos gestionados en régimen de concesión. Estas responsabilidades se complementan con las atribuidas a la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos, que mediante el Servicio de Gestión Presupuestaria, ejerce, entre otras, las funciones de revisión de la facturación intercentros y la preparación de las correspondientes liquidaciones anuales.

En el año 2015, el Consell autorizó la realización de auditorías económico-financieras integrales sobre la totalidad de las entidades concesionarias de los departamentos de salud y de las entidades subcontratadas por estas para la prestación del servicio objeto del contrato de concesión[5]. Con ello se pretendía que la Intervención General analizara el estado real de la situación del equilibrio económico de las concesiones, el análisis de su tasa interna de rentabilidad, la legalidad de los acuerdos adoptados por las comisiones mixtas de seguimiento, así como que se valorara adecuadamente el alcance de las obligaciones derivadas de las relaciones contractuales y extracontractuales. En este sentido, la Intervención General emitió el 23 de agosto de 2017 el "Informe definitivo de control financiero específico sobre liquidaciones anuales emitidas como consecuencia de la ejecución de los contratos de gestión de servicio público mediante concesión de la asistencia sanitaria integral, suscritos entre la Generalitat Valenciana (Conselleria de Sanidad/Agencia

[5] De acuerdo con lo establecido en el artículo 118 de la Ley 1/2015, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Hacienda Pública, del Sector Público Instrumental y de Subvenciones.

Valenciana de Salud) y los distintos adjudicatarios de los contratos, entre los ejercicios 2003 a 2012" (ver subobjetivo 2.8 en el apéndice 4).

3. Características básicas de la concesión administrativa sanitaria del Departamento de Salud de Torrevieja

Los aspectos básicos que se desprenden del contrato y pliegos que regulan la concesión de la asistencia sanitaria integral del Departamento de Salud de Torrevieja, son los siguientes:

Cuadro 4. Características básicas del contrato 87/2003

Concepto	Contenido
Naturaleza del contrato	Gestión de servicios públicos por concesión
Expediente de contratación	87/2003
Objeto del contrato	Prestación de asistencia sanitaria integral (incluye construcción hospital)
Concesionario	Torrevieja Salud, Unión Temporal de Empresas, Ley 18/82
Prestaciones incluidas	Atención primaria Atención especializada hospitalaria y ambulatoria Atención de urgencia Atención sociosanitaria Prestación farmacéutica dispensada en los centros sanitarios Servicios prestados por las unidades de conductas adictivas Servicios prestados por los centros de planificación familiar Servicios prestados por los centros de salud mental
Prestaciones excluidas	Prestaciones de farmacia, dispensadas en las oficinas de farmacia Oxigenoterapia Prótesis Transporte sanitario
Duración	Concesión: 15 años, prorrogables 5 años más Construcción hospital: 30 meses
Contraprestación económica (Liquidación anual)	*Cápita* + Facturación intercentros + Incentivo por ahorro en la prestación farmacéutica + Canon por uso de inmuebles + Otros excepcionales o imprevistos
Prima anual *per cápita* (2003)	379 €
Actualización de la prima	Crecimiento anual del presupuesto sanitario de la Generalitat, con el mínimo de IPC y máximo de gasto sanitario del Estado
Coeficiente de transferencia de servicios (facturación intercentros)	0,85
Canon por uso de inmuebles	2% sobre valor de coste de los inmuebles propiedad de la GV (50 años de vida útil)
Régimen de pago	Pagos a cuenta mensuales y liquidación anual antes de 31 de marzo de cada año
Presupuesto licitación (euros)	41.690.000 euros anuales
Fecha contrato	21/03/2003
Punto de equilibrio concesional (TIR)	7,50%
Plan de inversiones	Anual. Mínimo inversiones: 70 millones de euros
Órganos de control	Comisión Mixta de Seguimiento + Comisionado
Requisitos de calidad	No especificados en contrato

Fuente: Expediente 87/2003 (contrato y pliegos disponibles en http://www.gvaoberta.gva.es/)

APÉNDICE 2. ENFOQUE METODOLÓGICO

Se indica a continuación esquemáticamente el enfoque metodológico aplicado de acuerdo con las normas técnicas de fiscalización de la Sindicatura de Comptes:

Identificación y valoración de riesgos relacionados con la actividad objeto de la auditoría			
Disponibilidad de información	Complejidad del sistema de revisión de precio	Efectividad de los mecanismos de control	Relación judicializada

Definición de objetivos de la auditoría		
Cumplimiento de los principios de las tres E (eficacia, eficiencia y economía)	Sistema de control de la prestación por la Administración	Precio del contrato

Determinación del enfoque	
Basado en los resultados	Revisión del control interno

Diseño de pruebas de procedimiento y sustantivas			
Revisión documental	Análisis frontera de la eficiencia	Inspecciones físicas	Pruebas de procedimiento sobre facturación, lista de espera y camas
Lectura de actas e informes de inspección	Entrevistas con personal cualificado	Revisión cuantitativa y cualitativa de información estadística	Pruebas numéricas de carácter analítico (tendencias y coeficientes)
Pruebas descriptivas basadas en comparaciones cualitativas	Comparativas de mercado	Consulta de estudios especializados	Cálculo de rentabilidad

APÉNDICE 3. OBSERVACIONES SOBRE LOS PRINCIPIOS DE EFICIENCIA, EFICACIA Y ECONOMÍA EN LA GESTIÓN

Objetivo 1:	¿Se han adquirido las prestaciones sanitarias en el Departamento de Salud de Torrevieja en la cantidad, calidad y coste más adecuado?

1. Subobjetivo 1.1: ¿Existen informes económicos que soporten la determinación del precio del contrato?

Esta Sindicatura cuestiona el hecho de que el procedimiento o sistema utilizado para fijar la prima inicial de este contrato y la del resto de contratos formalizados con posterioridad, haya consistido simplemente en equiparar las condiciones económicas establecidas -en noviembre de 2002- para la licitación del contrato de gestión de servicio público mediante concesión de la atención sanitaria integral en el Departamento de Salud de la Ribera. Resulta criticable que no se hayan considerado factores como el plazo de la concesión; el plazo de ejecución de las obras; el volumen de la inversión comprometida; la cartera de servicios ofertada; las prestaciones sanitarias incluidas; y las características de la población protegida, tales como la estructura demográfica, la natalidad, la mortalidad y la morbilidad, así como el entorno social y demográfico (riesgos de exclusión social y personas mayores que viven solas), las condiciones de vida y de trabajo (personas con rentas bajas, daño laboral) y los comportamientos (obesidad, infecciones de transmisión sexual, embarazo en adolescentes y bajo peso al nacimiento).

Como ya hemos señalado, de acuerdo con la información contenida en el expediente de contratación, no se puede garantizar que el presupuesto del contrato, que se convierte en su precio según la oferta seleccionada, se haya elaborado con arreglo a un sistema que sea el adecuado para valorar en términos económicos las prestaciones objeto del contrato. El cuadro siguiente muestra los diversos factores que pueden influir en el coste efectivo de la prestación sanitaria integral:

Cuadro 5. Factores que pueden influir en el coste efectivo de la prestación sanitaria integral

		Concesión administrativa				
Factor	**CV**	**Torrevieja**	**La Ribera**	**Dénia**	**Manises**	**Elx - Crevillent**
Fecha de formalización del contrato	**--**	**21/03/2003**	**31/03/2003**	**14/03/2005**	**27/12/2006**	**05/09/2007**
Estructura de la población (a)						
Población menor de 5 años	4,4%	3,9%	4,2%	4,1%	5,3%	5,5%
Población mayor de 65 años	16,6%	21,0%	17,4%	21,1%	14,1%	13,6%
Indicadores de salud (a)						
Esperanza de vida al nacer	79,5	80,8	79,2	81,8	80,7	81,1
Esperanza de vida a los 65 años	18,9	20,5	18,2	21,2	19,4	19,8
Tasa estandarizada de mortalidad general	1.101,7	947,1	1.170,7	884,0	1.039,7	992,3
Factores económicos (b)						
Coeficiente de transferencia de servicios (facturación intercentros)	--	0,85	0,80	0,85	0,85	0,84
Volumen inversiones comprometidas (millones de euros)	--	80,4	123,2	96,6	137,1	146,0
Plazo construcción hospital (meses)	--	30	18	25	25	25
Previsiones iniciales de población protegida	--	110.000	232.750	132.824	139.514	131.358
Prestaciones sanitarias (c)						
Cartera de servicios	63	67	73	68	67	60

(a) Los datos relativos a la estructura de la población y los indicadores de salud vienen referidos al año en que se formalizó el contrato correspondiente. Los datos de la Comunitat Valenciana están referidos al año 2002, año en que se realizó el informe económico justificativo de la *cápita* inicial.

(b) Información contenida en los expedientes de contratación.

(c) Datos obtenidos de la memoria anual 2016 de la Conselleria de Sanitat, apartado "8.3.1 Cartera de servicios por hospital".

Fuente: Elaboración propia a partir de información recogida en expedientes de contratación, en el Sistema de Información en Salud Pública (SISP) y en la memoria anual 2016 de la Conselleria.

2. Subobjetivo 1.2: ¿Los recursos materiales y humanos obtenidos mediante la concesión tienen un coste menor que aquellos obtenidos mediante medios propios?

Gasto público en asistencia sanitaria

El gasto corriente *per cápita* soportado por la Administración por la asistencia sanitaria prestada en el Departamento de Salud de Torrevieja en el ejercicio 2016 -675 euros por habitante- es un 30%[6] inferior al gasto corriente público *per cápita* en asistencia sanitaria en el conjunto de

[6] El porcentaje, referido al ejercicio 2016, puede diferir ligeramente por el resto de ajustes a la *cápita* según las condiciones del contrato una vez se practique la liquidación definitiva. En el periodo 2006 a 2012, el precio final del contrato ascendió a 628.025.986 euros, un 2,6% superior al importe abonado efectivamente en concepto de pagos a cuenta (ver cuadro 25).

departamentos de gestión pública clasificados en el grupo II (964 euros por habitante).

Cuadro 6. Estimación del gasto corriente sanitario público (capítulo 1 y 2) por habitante. Clasificación por grupo de hospital. Ejercicio 2016

Torrevieja	Hospitales Comunitat Valenciana			
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total CV
675	1.142	874	911	963
Grupo II (sin concesiones)				Total CV (sin concesiones)
964				1.019

Fuente: Elaboración propia

Por tanto, de acuerdo con nuestras estimaciones y tomando como referencia el coste medio por habitante de los departamentos del grupo II (al que pertenece Torrevieja), excluidos los hospitales gestionados en régimen de concesión, la asistencia sanitaria integral de la población protegida del Departamento de Salud de Torrevieja supone un ahorro anual en el gasto corriente público en torno a 45 millones de euros:

Cuadro 7. Cuantificación de las diferencias de gasto corriente sanitario público: Torrevieja versus hospital grupo II. Ejercicio 2016

Diferencia en gasto corriente sanitario público	Euros
Media anual de población protegida de Torrevieja (a)	156.029
Cápita media asistencia integral en hospitales grupo II (b)	964
Cápita media por asistencia sanitaria en Torrevieja (c)	675
Diferencia de *cápita* (d = b - c)	**289**
Cuantificación en euros diferencia en términos anuales (a x d)	**45.092.381**

Fuente: Elaboración propia

La Conselleria de Sanitat nos indica que el acceso a la fórmula de gestión mediante concesión viene justificado por un ahorro en el gasto, derivado de un régimen laboral y régimen jurídico para la contratación y adquisición de bienes y servicios aplicable a la empresa privada y diferente al aplicable a los departamentos de salud de gestión pública, que permite maximizar los recursos con un coste inferior.

Infraestructuras

El coste por cama de la construcción del Hospital de Torrevieja mediante el contrato de concesión ha sido un 5,6% mayor que lo que ha costado en el Hospital de Gandia, único hospital de características similares con gestión pública. Esta diferencia es poco significativa y poco relevante debido a que solo se ha encontrado un hospital para el contraste.

Además, esta comparación no incluye el posible coste financiero que subyace a la financiación de obras, y en particular no se ha evaluado si el acceso a dicha financiación tiene mejores condiciones para el sector público o para el sector privado.

Cuadro 8. Coste de inversión en construcción del hospital[7]: euros por cama instalada

Concepto	Gandia	Torrevieja	Diferencia absoluta	Diferencia relativa
Coste de la infraestructura inicial	67.261.773	62.475.528	-4.786.245	-7,1%
Camas instaladas	315	277	-38	-12,1%
Coste por cama	**213.529**	**225.543**	**12.014**	**5,6%**

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por la Conselleria y por el concesionario

Recursos humanos

Las diferencias entre el coste medio de personal con contrato laboral y el personal estatutario en el conjunto de los departamentos de salud son debidas a factores tales como el cómputo de horas anuales laborales, las tablas retributivas aplicables a cada colectivo, los índices de absentismo del personal, la estructura organizativa de mandos directivos e intermedios y la antigüedad media de la plantilla.

El coste medio por hora de trabajo efectivo del personal con contrato laboral en el Departamento de Salud de Torrevieja asciende a 28,6 euros, un 8,6% inferior al coste medio por hora del personal estatutario en el conjunto de los departamentos de salud, 31,3 euros:[8]:

Cuadro 9. Coste medio por hora de trabajo efectivo en 2016

Torrevieja	Hospitales Comunitat Valenciana			
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total CV
28,6	30,9	31,6	31,6	31,3

Fuente: Elaboración propia a partir de información contenida en la memoria anual de la Conselleria y de las cuentas anuales de Torrevieja Salud UTE Ley 18/82.

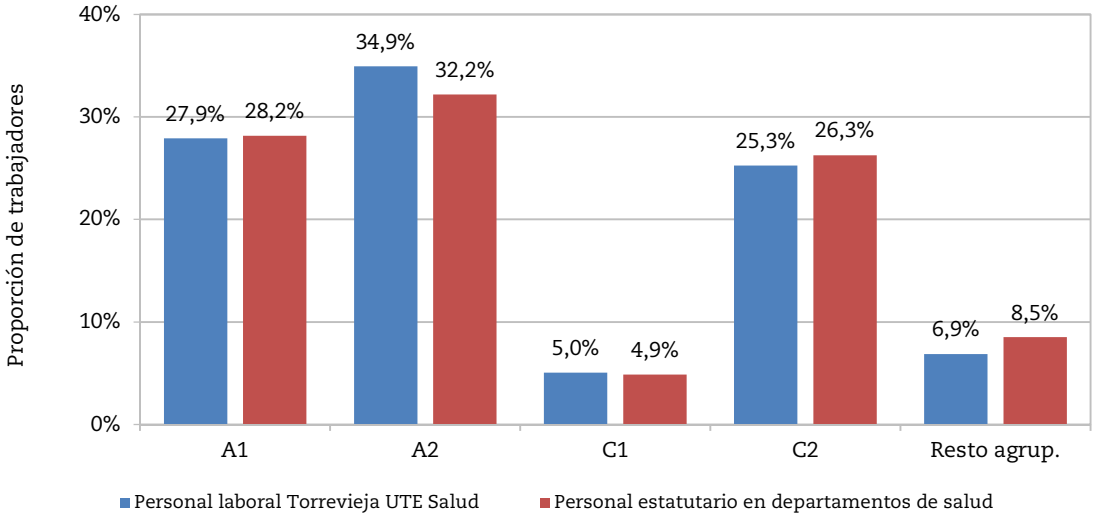
La proporción de trabajadores equivalentes a tiempo completo clasificados como A1, y que integran entre otros colectivos a los facultativos especialistas y a los médicos y pediatras de equipos de atención primaria, es prácticamente idéntica en el Hospital de Torrevieja respecto al conjunto

[7] Incluye exclusivamente inversiones relacionadas con el inmueble (no se incluye coste en mobiliario, equipamiento u otros suministros).

[8] Hemos estimado en 1.589 horas la jornada anual del personal estatuario (Decreto 38/2016, de 8 de abril, del Consell, por el que se modifica el Decreto 137/2003, de 18 de julio) y en 1.755 horas la jornada anual del personal laboral (según convenio colectivo aplicable).

del personal estatutario de los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana. En los trabajadores clasificados como A2 (personal de enfermería y asimilados), la proporción es más favorable en el Hospital de Torrevieja.

Gráfico 2. Proporción de trabajadores equivalente a tiempo completo por grupo de clasificación profesional. Ejercicio 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos de la Conselleria y por Torrevieja Salud UTE Ley 18/82.

Los indicadores de absentismo del personal laboral del concesionario son inferiores a la media del personal estatutario de la Comunitat Valenciana:

Cuadro 10. Indicadores de absentismo por incapacidad temporal en ejercicio 2016

Indicador	Torrevieja	Hospitales Comunitat Valenciana			
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total CV
Índice de ausencia[9]	2,9%	5,1%	4,9%	4,1%	4,8%
Duración media[10]	n/d	59,2	57,3	56,2	57,9
Incidencia[11]	19,9%	25,0%	25,5%	21,5%	24,5%

Fuente: Informes del Sistema de Información Sanitaria de la Incapacidad Temporal e Informe de absentismo de la mutua colaboradora con la Seguridad Social.

9 Porcentaje de días perdidos en el año.

10 Días de baja de los procesos finalizados en el año.

11 De procesos iniciados en el año.

3. Subobjetivo 1.3: ¿Son suficientes los recursos sanitarios puestos a disposición de la población protegida del departamento?

Tarjetas sanitarias asignadas por médico de familia y pediatra

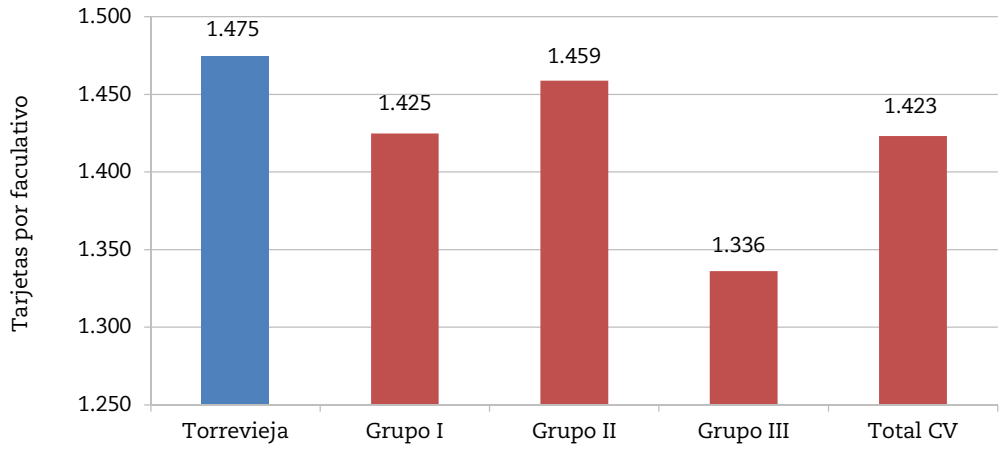
La cartera de servicios de atención primaria está prestada por diferentes profesionales: personal de medicina de familia, pediatría, enfermería, matronas, fisioterapia, trabajo social, celadores y personal de administración que cada día colaboran en la asistencia prestada a la población.

Según datos recogidos en la memoria anual de la Conselleria, en los centros de salud y consultorios auxiliares de la Comunitat Valenciana, trabajan 3.577 profesionales facultativos (2.777 de medicina familiar y 800 pediatras) y 2.825 profesionales de enfermería.

En el Departamento de Salud de Torrevieja, la ratio media de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) es de 1.475 tarjetas SIP (mayores de 14 años), la de Pediatría de 888 tarjetas SIP (0-14 años), resultados próximos a los recomendados por las sociedades científicas. La ratio media de enfermeros es de 1.546 en población SIP asignada.

Las sociedades científicas recomiendan un máximo de 1.500 tarjetas por médico de familia y 900 tarjetas por pediatra.

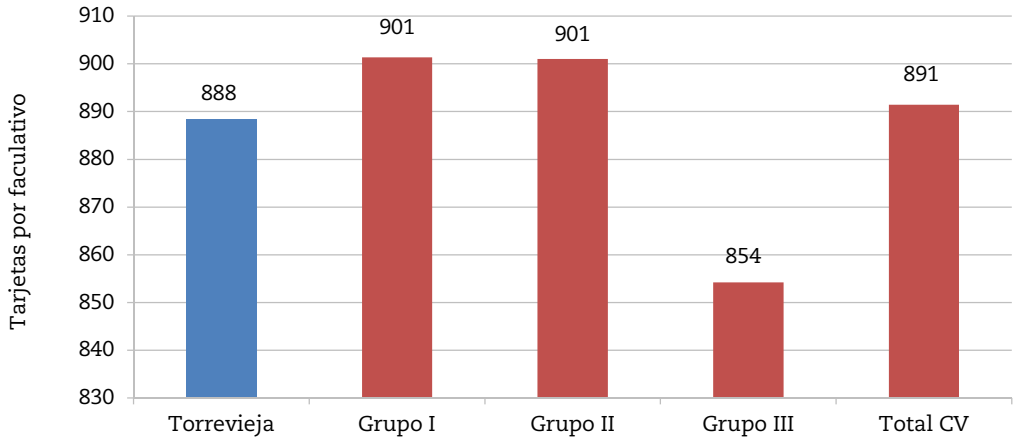
Gráfico 3. Tarjetas asignadas por médico de familia. Ejercicio 2016



Fuente: Memoria de Gestión 2016 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Según la información que hemos podido consultar, durante el ejercicio 2016, aproximadamente 70 médicos de familia en el Departamento de Salud de Torrevieja tenían asignadas más de 1.500 tarjetas y 14 de ellos tenían más de 1.800 tarjetas asignadas, lo que supera las recomendaciones de las sociedades científicas.

Gráfico 4. Tarjetas asignadas por pediatra. Ejercicio 2016



Fuente: Memoria de Gestión 2016 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

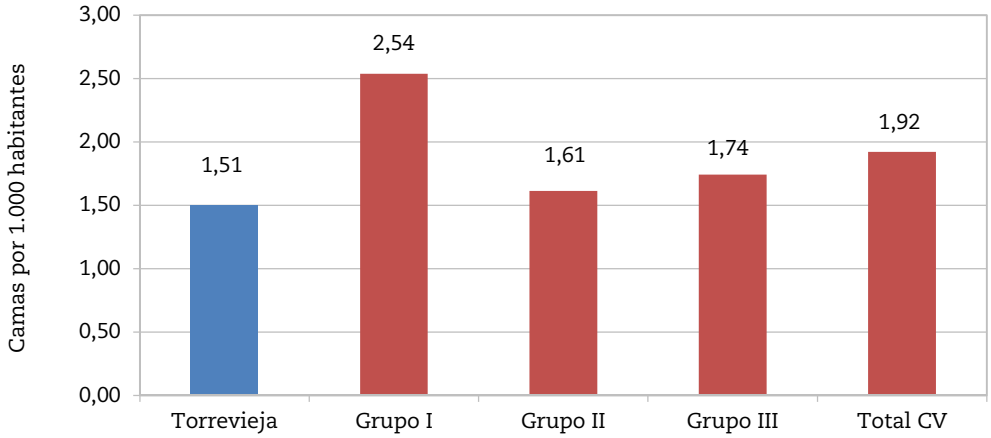
Durante el ejercicio 2016, al menos 11 pediatras en el Departamento de Salud de Torrevieja tenían asignadas más de 900 tarjetas y 7 de ellos, tenían más de 1.080 tarjetas asignadas, lo que supera las recomendaciones de las sociedades científicas.

Según nos indica el concesionario, utilizar herramientas informáticas y organizativas junto con una jornada laboral más extensa del personal contratado permite garantizar la atención asistencial necesaria.

Número de camas por cada 1.000 habitantes

Según la información facilitada por la Conselleria, en diciembre de 2016 la proporción de camas en funcionamiento sobre camas instaladas en el Departamento de Salud de Torrevieja alcanzó el 84,8%, frente al 93,7% en el conjunto de hospitales de la Comunitat Valenciana. El número de camas en funcionamiento por 1.000 habitantes en este departamento (1,51) es ligeramente inferior a la media de los hospitales de Grupo II al cual pertenece (1,61) y sensiblemente inferior a la media total autonómica (1,92).

Gráfico 5. Camas en funcionamiento por cada 1.000 habitantes. Diciembre 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SISAL (indicadores de gestión del Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria) y del Sistema de Información Poblacional (Servicio de Aseguramiento Sanitario).

Equipos de alta tecnología

Hemos calculado la ratio[12] de equipos de alta tecnología por cada 100.000 habitantes. El Hospital de Torrevieja no dispone de un servicio de medicina nuclear, por lo que no cuenta de una gammacámara (GAM) para realizar estudios gammagráficos, ni un acelerador de partículas (ALI) para la radioterapia, así mismo no dispone de técnicas de diagnóstico propias de dicho servicio, como son la tomografía por emisión de fotones (SPECT) o de positrones (PET). Por el contrario, es significativo el número de equipos de hemodiálisis (DIAL) disponibles, que supera significativamente la media de otros hospitales.

[12] Número de equipos entre media anual de la población protegida en el ejercicio 2016 multiplicado por 100.000 habitantes.

Cuadro 11. Número de equipos de alta tecnología declarados a 31 de diciembre de 2016 por cada 100.000 habitantes de población protegida

Equipo		Torrevieja	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total CV
TAC	Tomografía axial computerizada	1,28	1,54	0,99	1,10	1,18
RM	Resonancia magnética	0,64	0,91	0,60	0,55	0,69
GAM	Gammacámara	0,00	0,28	0,26	0,00	0,21
HEM	Sala de hemodinámica	0,64	0,56	0,34	0,00	0,34
ASD	Angiografía por sustracción digital	1,28	1,05	0,43	0,11	0,56
LIT	Litotricia extracorpórea por ondas de choque	0,00	0,21	0,26	0,00	0,19
BCO	Bomba de cobalto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALI	Acelerador de partículas	0,00	0,49	0,21	0,00	0,26
SPECT	Tomografía por emisión de fotones	0,00	0,35	0,04	0,00	0,13
PET	Tomografía por emisión de positrones	0,00	0,14	0,09	0,00	0,09
MAMOS	Mamógrafos	0,64	0,56	0,73	0,99	0,73
DO	Densitómetros óseos	0,64	0,56	0,52	0,33	0,49
DIAL	Equipos de hemodiálisis	23,71	9,75	12,06	5,63	10,10

Notas:

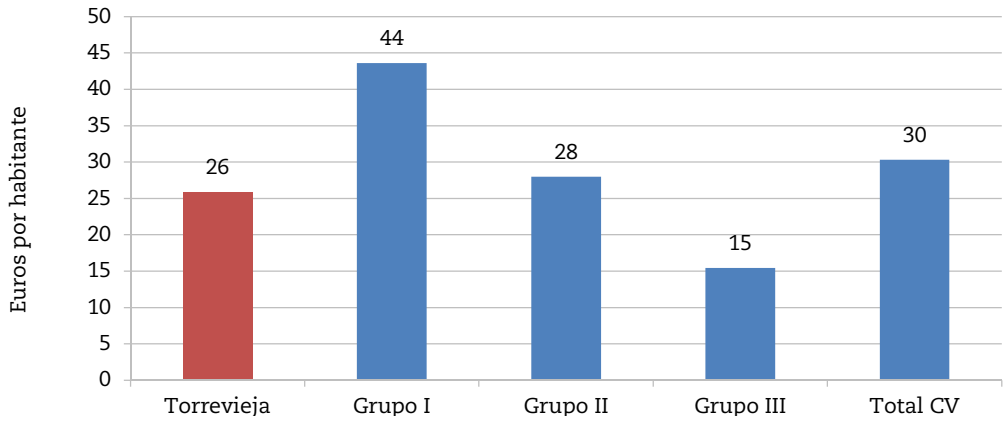
Ratio superior a su grupo de referencia (Grupo II)

Ratio inferior a su grupo de referencia (Grupo II)

Fuente: Elaboración propia a partir del Catálogo Nacional de Hospitales (actualizado a 31-12-2016) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y del Sistema de Información Poblacional (Servicio de Aseguramiento Sanitario).

Para facilitar una comparativa de la alta tecnología instalada entre departamentos de salud, hemos cuantificado económicamente los equipos declarados por los hospitales, todos ellos a un valor de mercado aproximado actual. En términos globales, el Hospital de Torrevieja dispone de un equipamiento de alta tecnología inferior al segmento de hospitales clasificados en el Grupo II y a la media total de la Comunitat Valenciana.

Gráfico 6. Esfuerzo inversor en dotación tecnológica por habitante[13]



Fuente: Elaboración propia

En la comparación realizada, el esfuerzo inversor medio en la Comunitat Valenciana se situaría en 24 euros por habitante si excluimos el equipo de mayor coste individual (acelerador lineal, que sólo puede estar instalado en aquellos hospitales donde la Conselleria haya autorizado la prestación del servicio de radioterapia).

Gasto farmacéutico por habitante

El importe de las recetas dispensadas en las oficinas de farmacia por habitante en el Departamento de Salud de Torrevieja es un 12,2% superior a la media autonómica. El mayor importe por paciente en el Departamento de Salud de Torrevieja es consecuencia principalmente -según nos señala el concesionario- del índice de carga de enfermedad (*case mix*), la mayor edad media de la población protegida así como de la mayor proporción de población desplazada.

Cuadro 12. Importe dispensado por habitante. Ejercicio 2016

Torrevieja	Hospitales Comunitat Valenciana			
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total CV
348,30	315,51	306,96	310,93	310,34

Fuente: Alumbra – Plataforma Analítica – CDU Gaia SCP Población. Corte poblacional de diciembre de 2016.

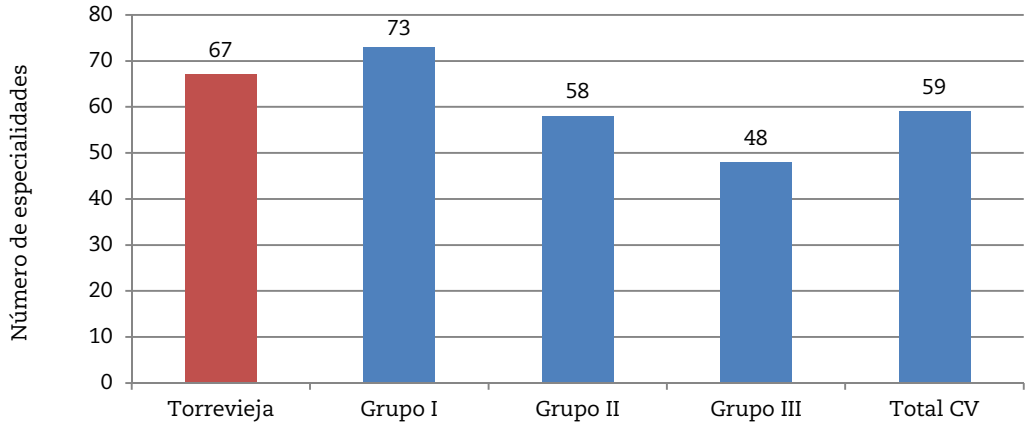
[13] El indicador "Esfuerzo inversor en dotación tecnológica por habitante" mide, en términos monetarios, la situación actual de equipos instalados y utilizados (sean o no en propiedad), valorados todos ellos a precios actuales de mercado, con independencia de su antigüedad y de las características técnicas específicas (implícitamente hemos considerado que todos los equipos tienen la misma antigüedad y las mismas características técnicas). Este indicador no pretende comparar la inversión real en términos de coste de construcción de inmuebles y coste de adquisición de equipos.

4. Subobjetivo 1.4: ¿El acceso a las prestaciones sanitarias se realiza en condiciones de igualdad efectiva en el Departamento de Salud de Torrevieja respecto al resto de departamentos?

Cartera de servicios

El Departamento de Salud de Torrevieja ofrece una amplia asistencia sanitaria mediante una cartera de servicios de 67 especialidades, por lo que supera a los hospitales clasificados en el Grupo II al que pertenece.

Gráfico 7. Número de servicios que componen la cartera de asistencia especializada (promedio por departamento de salud)

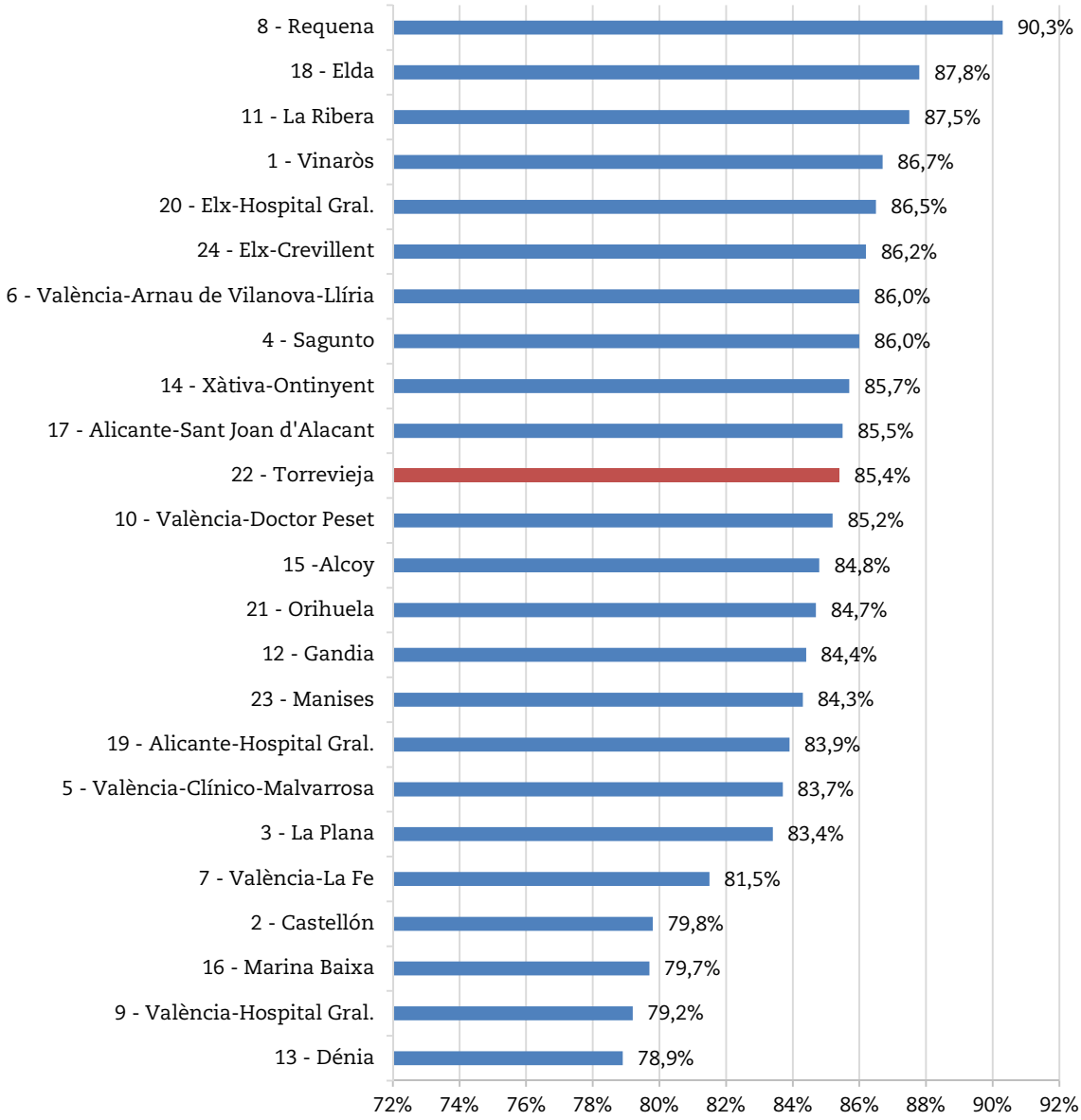


Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en el apartado 8.3.1 Cartera de servicios por hospital de la memoria anual de gestión 2016 de la Conselleria.

Percepción del servicio recibido

El grado de satisfacción de los pacientes con el servicio recibido ha sido evaluado por la propia Conselleria de Sanitat. Según la información recogida en la memoria anual 2016 de la Conselleria, el porcentaje de pacientes atendidos en hospitales públicos, centros de salud y de especialidades que declaran estar satisfechos o muy satisfechos con la atención sanitaria recibida en 2016 se ha situado en el 84,4% (3,4 puntos superior a la valoración media del ejercicio anterior), oscilando, entre el 78,9% y el 90,3%, según el departamento de salud.

Gráfico 8. Porcentaje de pacientes satisfechos o muy satisfechos



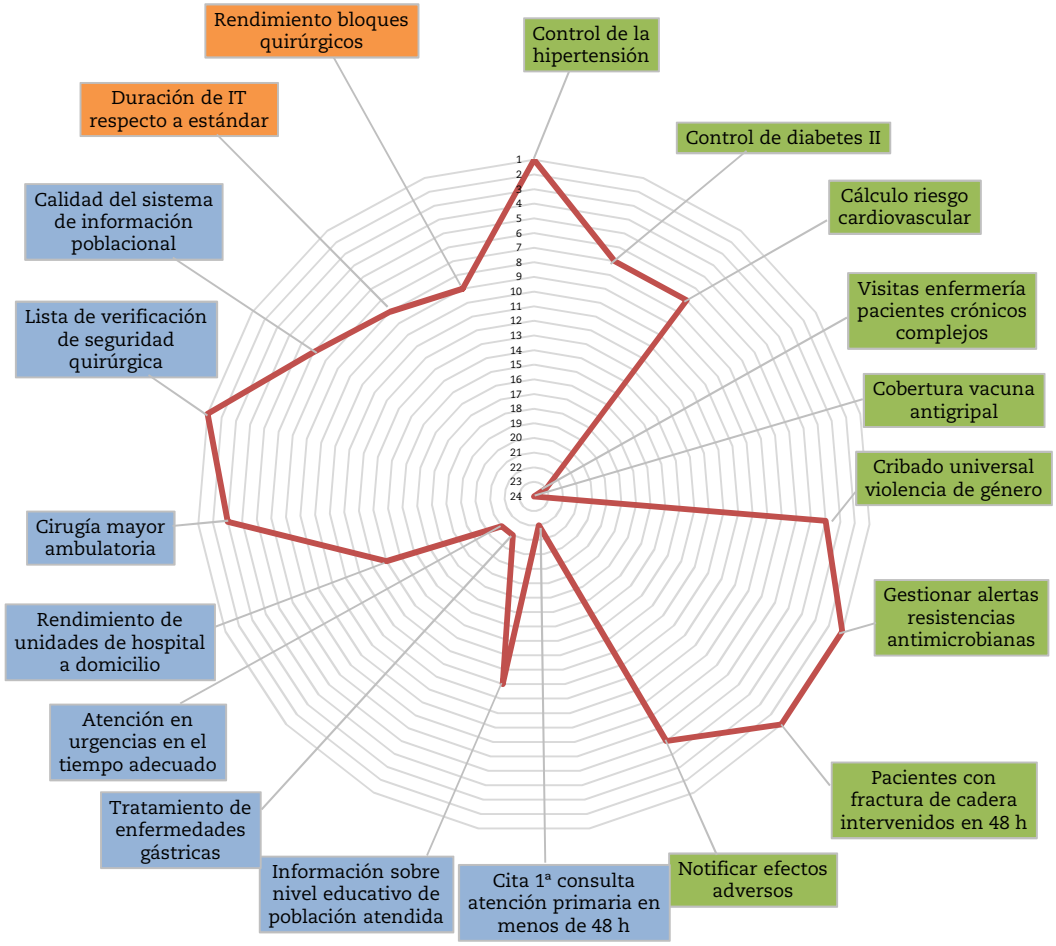
Fuente: Elaboración propia a partir de la memoria anual 2016 de la Conselleria de Sanitat (apartado "4.4. Satisfacción de los pacientes y calidad percibida. Opinión sobre nuestro sistema sanitario: encuestas y barómetros").

Resultados asistenciales

La aplicación informática Alumbra integra la información más relevante de los distintos sistemas sanitarios, tanto asistenciales como de gestión. Uno de los módulos disponibles es el relativo a los acuerdos de gestión, donde pueden ser consultados los objetivos y resultados de hasta 47 indicadores que son monitorizados por la Conselleria de forma mensual. Estos indicadores asistenciales se agrupan en tres grandes áreas: "Ganar

en salud", "Mejorar la atención prestada" y "Sostenibilidad/eficiencia: Asegurar la correcta utilización de los recursos".

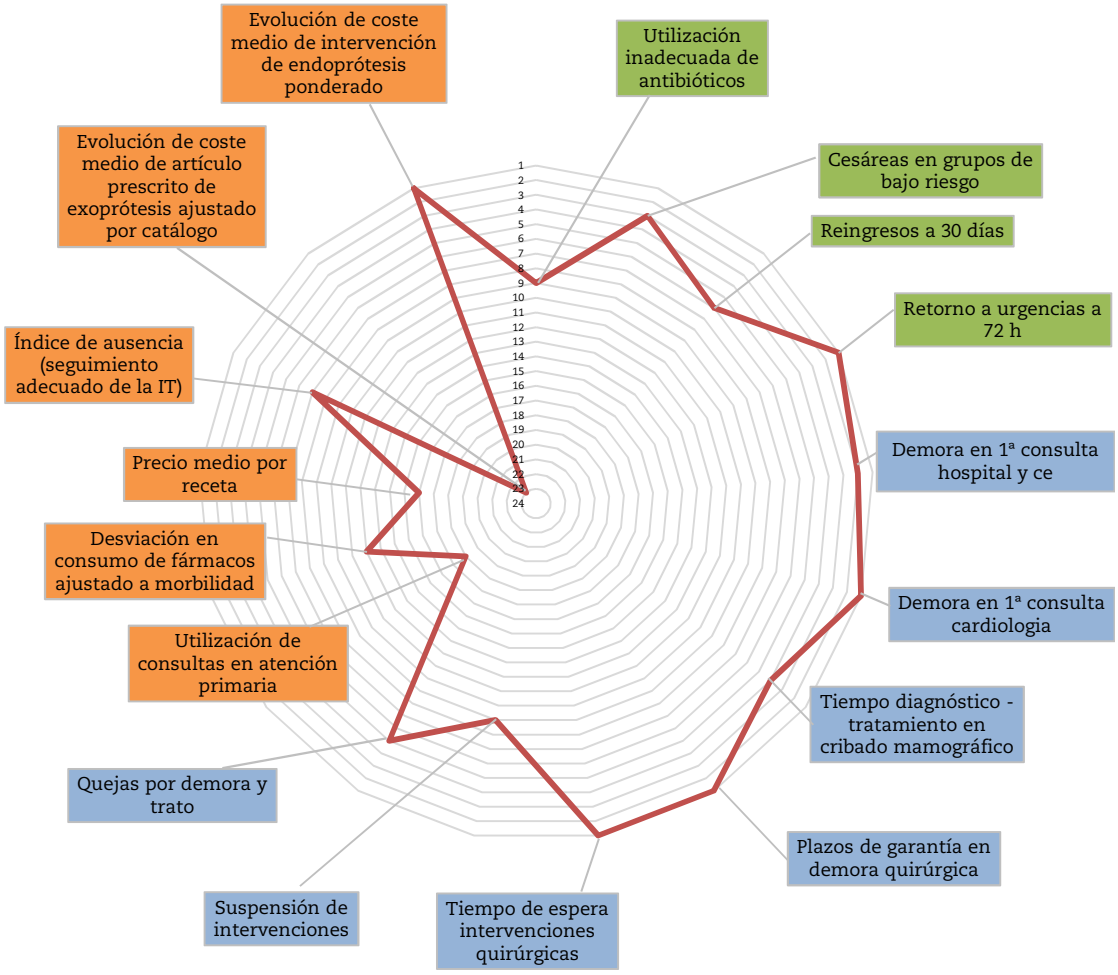
Gráfico 9. Indicadores a maximizar. Posicionamiento[14] de Torrevieja. Diciembre 2016



*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Alumbra. Sombreado en **verde** las ratios del área **"Ganar en Salud"**; en **azul** las del área **"Mejorar la atención prestada"**; y en **naranja** las del área **"Sostenibilidad/eficiencia"**.*

[14] Jerarquía ascendente o descendente según el sentido del indicador (maximización o minimización). El 1 significa que es el departamento con mejor indicador y el 24 implica que es el departamento con peor resultado.

Gráfico 10. Indicadores a minimizar. Posicionamiento de Torrevieja. Diciembre 2016



*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Alumbra. Sombreado en **verde** las ratios del área **"Ganar en Salud"**; en **azul** las del área **"Mejorar la atención prestada"**; y en **naranja** las del área **"Sostenibilidad/eficiencia"**.*

Indicadores del estado de salud

Los indicadores del estado de salud -esperanza de vida y mortalidad general- del Departamento de Salud de Torrevieja y de la Comunitat Valenciana del último ejercicio disponible -2015- son los siguientes:

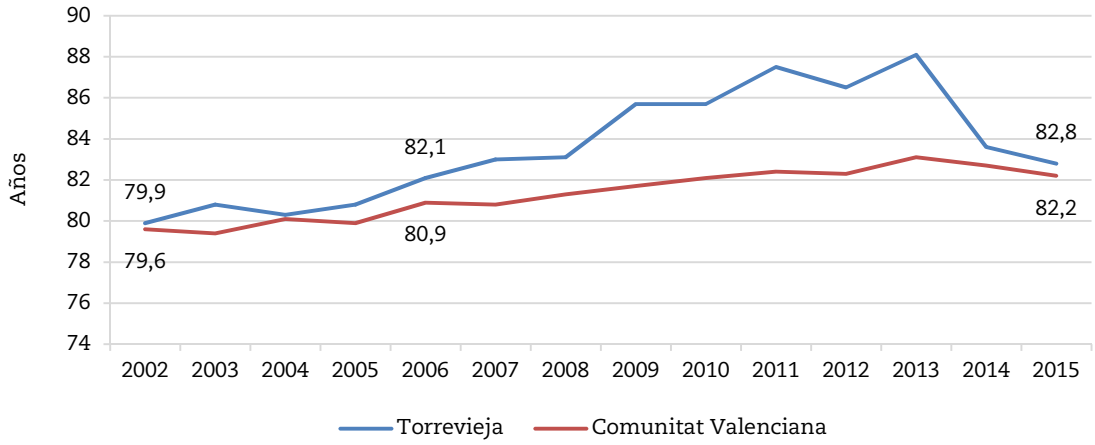
Cuadro 13. Indicadores de esperanza de vida y mortalidad general. Ejercicio 2015

Indicador	Definición	Torrevieja	Comunitat Valenciana
Esperanza de vida:			
Esperanza de vida al nacer. Ambos sexos	Número medio de años que espera vivir al nacer un miembro de la cohorte, si se mantienen las tasas de mortalidad observadas en ese periodo.	82,8	82,2
Esperanza de vida. A los 65 años. Ambos sexos	Número medio de años que espera vivir un miembro de la cohorte de 65 años, si se mantienen las tasas de mortalidad observadas en ese periodo.	21,7	20,4
Infantil:			
Mortalidad infantil. Ambos sexos	Número de muertes de menores de un año por 1.000 nacidos vivos	3,0	2,6
Perinatal:			
Mortalidad perinatal 22 semanas – 28 días. Ambos sexos	Muertes fetales (≥ 22 semanas completas de gestación o ≥ 500 gramos de peso) y neonatales (hasta los 28 días de vida) entre el número de muertes fetales más los nacidos vivos por 1.000	7,1	5,7
Mortalidad perinatal 22 semanas – 7 días. Ambos sexos	Muertes fetales (≥ 22 semanas completas de gestación o ≥ 500 gramos de peso) y neonatales precoces (entre el nacimiento y el 7º día de vida) entre el número de muertes fetales más los nacidos vivos por 1.000	6,3	5,2
Estandarizada:			
Estandarizada de mortalidad general. Ambos sexos	Tasa de mortalidad para todas las edades y todas las causas por 100.000 habitantes ajustada a la población estándar europea	822,0	911,0
Estandarizada de mortalidad general para menores de 65 años. Ambos sexos	Tasa de mortalidad para menores de 65 años y todas las causas por 100.000 habitantes ajustada a la población estándar europea	170,6	162,8
Estandarizada de mortalidad general para mayores de 65 años. Ambos sexos	Tasa de mortalidad para mayores de 65 años y todas las causas por 100.000 habitantes ajustada a la población estándar europea	3.511,5	3.999,9

Fuente: Sistema de Información de Salut Pública. Observatorio Valenciano de Salud

La esperanza de vida al nacer en el Departamento de Salud de Torrevieja es de 82,8 años, ligeramente por encima de la media autonómica, que se sitúa en 82,2. Como en la mayoría de los países desarrollados, en España y en la Comunitat Valenciana se ha observado una evolución ascendente de este indicador, aunque esta tendencia se ha invertido en los dos últimos años analizados (2014-2015), sin que el alcance de este Informe nos permita opinar sobre dicho cambio de sentido ni sobre su previsión futura. Así, el incremento en la esperanza de vida al nacer desde 2002 a 2015 ha sido de 2,9 años en el Departamento de Salud de Torrevieja y de 2,6 años en la Comunitat Valenciana.

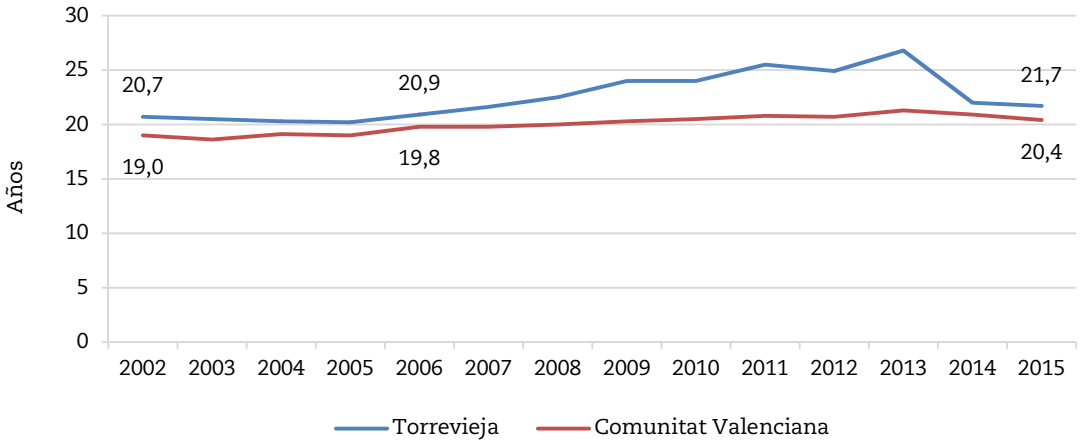
Gráfico 11. Evolución de la esperanza de vida al nacer. 2002-2015



Fuente: Sistema de Información de Salut Pública. Observatorio Valenciano de Salud

La esperanza de vida a los 65 años en el Departamento de Salud de Torrevieja es de 21,7 años, mientras que la media autonómica es de 20,4 años. En el periodo 2002-2015 este indicador ha aumentado respectivamente 1,0 y 1,4 años.

Gráfico 12. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años. 2002-2015



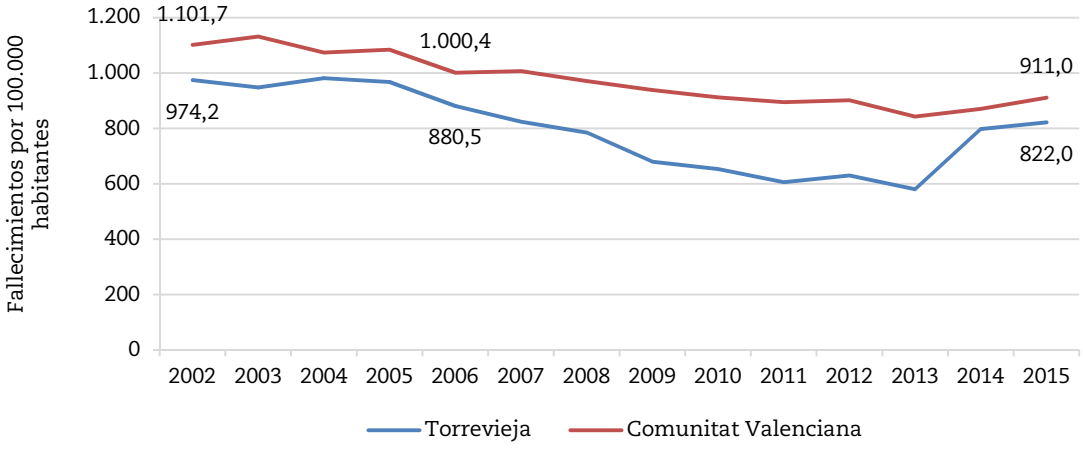
Fuente: Sistema de Información de Salut Pública. Observatorio Valenciano de Salud

La tasa de mortalidad para todas las edades y todas las causas por 100.000 habitantes ajustada a la población es en el Departamento de Salud de Torrevieja de 822,0, mientras que la media autonómica se situó en 911,0 en el año 2015.

En el periodo 2002-2015 la mortalidad se ha reducido en 152,2 fallecimientos por 100.000 habitantes en el Departamento de Salud de Torrevieja. La reducción en el conjunto de la Comunitat Valenciana ha sido superior, pues ha disminuido en 190,7 fallecimientos por 100.000

habitantes. En ambos casos se observa un repunte de la mortalidad en los últimos años.

Gráfico 13. Evolución de la tasa estandarizada de mortalidad general. Ambos sexos. 2002-2015

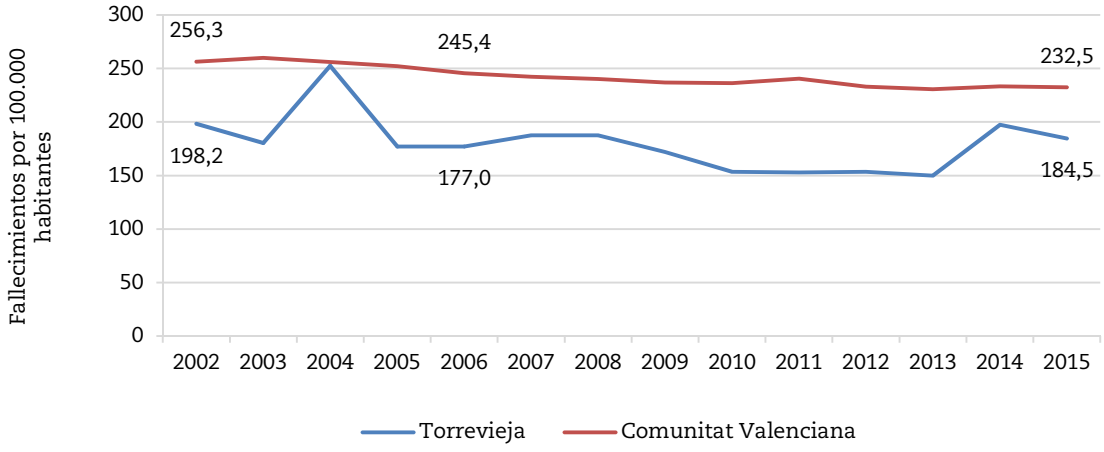


Fuente: Sistema de Información de Salut Pública. Observatorio Valenciano de Salud

La tasa de mortalidad por cáncer (ambos sexos y en todas las edades), ajustada a la población estándar por 100.000 habitantes se situó en 232,5 en el conjunto de la comunidad autónoma, y en 184,5 en el Departamento de Salud de Torrevieja.

Al igual que la tasa de mortalidad general, la tendencia en el periodo 2002-2015 es descendente. En la Comunitat Valenciana se ha reducido en 23,8 casos por cada 100.000 habitantes, y en el Departamento de Salud de Torrevieja en 13,7 fallecimientos menos.

Gráfico 14. Evolución de la tasa de mortalidad por cáncer. Ambos sexos. 2002-2015



Fuente: Sistema de Información de Salut Pública. Observatorio Valenciano de Salud

5. Subobjetivo 1.5: ¿El volumen de inversiones realizado se corresponde con el compromiso adquirido?

Según los registros contables facilitados por el concesionario, las inversiones ejecutadas hasta el 31 de diciembre de 2016 ascienden a 104,4[15] millones de euros, que representa un 129,8% del importe total comprometido en su oferta económica. A dicha fecha, la inversión acumulada en equipamiento clínico (maquinaria, mobiliario y utillaje de uso clínico) asciende a 19,5 millones de euros, un 80,4% del total comprometido en estos elementos.

Cuadro 14. Compromiso inicial de inversiones e inversiones realizadas. En euros. Por año

Año	Importe inversión comprometida			Importe inversión ejecutada	% Acumulado inversión ejecutada sobre inversión comprometida
	Atención especializada	Atención primaria	Total		
2003	10.624.545	0	10.624.545	3.025	0,0%
2004	29.507.959	0	29.507.959	35.057	0,1%
2005	9.311.261	2.140.637	11.451.898	830.729	1,7%
2006	2.536.870	160.161	2.697.031	12.766.640	25,1%
2007	290.680	297.510	588.190	70.597.435	153,5%
2008	1.887.775	213.036	2.100.811	3.195.937	153,5%
2009	5.763.963	960.756	6.724.719	4.714.585	144,7%
2010	1.099.882	314.544	1.414.426	1.678.591	144,1%
2011	1.090.853	176.078	1.266.931	3.628.624	146,8%
2012	3.966.800	522.827	4.489.627	1.924.546	140,2%
2013	2.914.469	363.290	3.277.759	1.378.909	135,9%
2014	1.679.375	103.433	1.782.808	1.219.885	134,3%
2015	1.301.406	323.178	1.624.584	801.368	132,5%
2016	903.381	139.775	1.043.156	1.621.416	132,8%
2017	1.276.581	148.686	1.425.267	N/d	--
2018	358.938	37.419	396.357	N/d	--
Total	**74.514.738**	**5.901.330**	**80.416.068**[16]	**104.396.747**	**129,8%**

Fuente: Plan de inversiones inicial y listado contable de activos fijos

Si bien no existen actos formales de aprobación de los planes anuales de inversión ni actas de dimensión que evidencien que la Administración ha llevado a cabo comprobaciones periódicas materiales, la Conselleria verificó de forma puntual las inversiones realizadas por el concesionario.

[15] No se incluye en esta cuantía otros conceptos activados por el concesionario (gastos financieros y gastos de primer establecimiento) ni los anticipos e inmovilizado en curso al cierre del ejercicio 2016.

[16] Los pliegos del contrato requerían un mínimo de 70 millones de euros, sin que conste en el expediente de contratación un informe que justifique dicha cuantía. Ver en el cuadro 5 los volúmenes de inversión comprometidos por cada uno de los cinco concesionarios.

Así, la Conselleria[17] contrató el 10 de abril de 2015 una empresa de auditoría externa para que verificara el plan de inversiones de la concesión del Departamento de Salud de Torrevieja para el período 2007-2013, ampliando el alcance con la verificación de 2006, dado que en dicha anualidad se ejecutó un elevado volumen de inversiones.

El auditor emitió su informe con fecha 15 de diciembre de 2015 que contenía las siguientes conclusiones:

a) *No tuvo acceso a los siguientes documentos a los que hace referencia la cláusula 12ª del contrato: la actualización del plan de inversiones para los cinco primeros años de vigencia de la concesión y las actas de dimensión de las inversiones.*

b) *Para el periodo objeto de control, el importe de inversiones realmente ejecutado fue superior al previsto en el Plan Inicial para dicho periodo.*

c) *Fue corroborada de forma positiva, mediante una evidencia suficiente, la realidad y adecuación de las inversiones ejecutadas puestas de manifiesto por la concesión.*

d) *Fue constatada de forma positiva la existencia física de una muestra significativa de las inversiones efectuadas por la concesión.*

Esta Sindicatura ha planificado y ejecutado procedimientos sustantivos de auditoría cuyos objetivos han sido verificar la existencia de documentación acreditativa de la adquisición de determinados activos así como de su existencia física. En concreto, y en relación al subobjetivo 1.3 se han comprobado las adquisiciones de equipos tecnológicos por valor de 3.320.883 euros; y en relación al subobjetivo 2.4 se han comprobado las certificaciones de la construcción inicial del hospital por valor de 39.879.886 euros. El importe conjunto de nuestras comprobaciones representa el 41,4% de las inversiones realizadas desde el inicio de la concesión hasta el 31 de diciembre de 2016 sin que hayamos detectado ninguna incidencia significativa en cuanto a la justificación documental y existencia física de dichas inversiones.

6. Subobjetivo 1.6: ¿Se derivan al sistema público las asistencias sanitarias que requieren de procedimientos y tratamientos más costosos?

Ratio media de desviaciones

Es el número de episodios de hospitalización de pacientes de la población protegida que han sido realizados en otros departamentos de salud entre la población media protegida del departamento.

El número de hospitalizaciones derivadas con origen en Torrevieja es muy inferior a la media que realizan los departamentos de su mismo grupo e incluso de los hospitales de referencia.

[17] Dirección General de Recursos Humanos y Económicos de la Conselleria de Sanitat.

Cuadro 15. Número de episodios de hospitalización en departamentos ajenos por cada 100.000 habitantes. Ejercicio 2016

Fuente	Torrevieja	Hospitales Comunitat Valenciana			
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total CV
Compas	452	949	1.131	1.438	1.135
CMBD	703	1.174	1.438	1.681	1.795

Fuente: Elaboración propia a partir de extracciones de Compas y CMBD. Las diferencias se deben a que Compas no refleja toda la actividad asistencial ni los episodios entre concesiones.

Coste medio por episodio derivado

Es el sumatorio del coste del episodio derivado según la Ley de Tasas de la Generalitat dividido por el número de episodios por hospitalizaciones realizadas a la población protegida en un departamento ajeno al de origen.

Si bien se derivan o desvían hospitalizaciones en menor número que en otros departamentos en términos relativos a la población protegida asignada, el coste medio de los episodios derivados es significativamente mayor que la media de los episodios derivados por los departamentos de su mismo grupo.

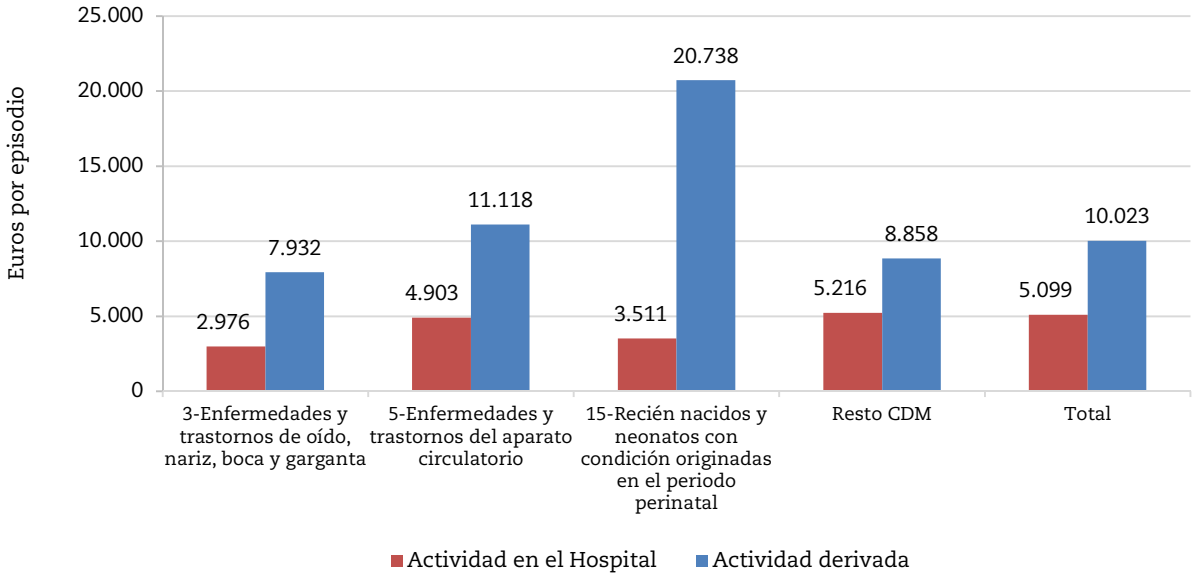
Cuadro 16. Coste medio por episodio derivado. Ejercicio 2016. En euros

Fuente	Torrevieja	Hospitales Comunitat Valenciana			
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total CV
Compas	9.159	5.485	6.628	6.822	6.383
CMBD	10.023	5.688	6.858	7.018	6.285

Fuente: Elaboración propia a partir de extracciones de Compas y CMBD

Al comparar la actividad asistencial global realizada en el Departamento de Salud de Torrevieja con los episodios derivados a otros departamentos, se observa que el conjunto de episodios cuyo GRD está relacionado con la Categoría Diagnóstica Mayor (CMD) "3-Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta", "5-Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio" y "15-Recién nacidos y neonatos con condición originadas en el periodo perinatal" presentan un coste medio por episodio derivado a otros hospitales significativamente mayor que el coste medio de las hospitalizaciones realizadas en el propio Departamento de Salud de Torrevieja.

Gráfico 15. Actividad asistencial por CDM: coste medio de las hospitalizaciones en Torrevieja y de las derivaciones a otros departamentos. Ejercicio 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de CMBD

En cuanto al destino de las derivaciones de población protegida de Torrevieja, más del 60% de las hospitalizaciones han sido en el Hospital General de Alicante y en el Hospital de Elx-Crevillent, concesión también gestionada por el mismo grupo empresarial que el de Torrevieja.

Cuadro 17. Derivaciones a otros departamentos desde Torrevieja. Por destino. Ejercicio 2016

Departamento de salud (destino)	Número de episodios	% sobre total episodios	Coste total según Ley de Tasas €	Coste medio por episodio derivado €
19 - Alicante	349	31,8%	2.699.656	7.735
24 - Elx-Crevillent	330	30,1%	3.861.477	11.701
20 - Elx-Hospital General	119	10,8%	1.195.273	10.044
7 - València-La Fe	117	10,7%	1.952.590	16.689
21 - Orihuela	68	6,2%	347.555	5.111
17 - Alicante-Sant Joan	33	3,0%	265.833	8.056
11 - La Ribera	31	2,8%	386.708	12.474
Resto departamentos	50	4,6%	286.361	5.727
Total	**1.097**	**100,0%**	**10.995.454**	**10.023**

Fuente: Elaboración propia a partir de CMBD

Los episodios más numerosos que han sido derivados a Elx-Crevillent son procedimientos de cirugía cardiovascular, servicio que no figura en la cartera del Hospital de Torrevieja.

Estos episodios al ser realizados en otra concesión no están sujetos a la cláusula de facturación intercentros, sino que son objeto de facturación directa entre ambas concesiones:

Cuadro 18. Derivaciones a Elx-Crevillent desde Torrevieja. Ejercicio 2016

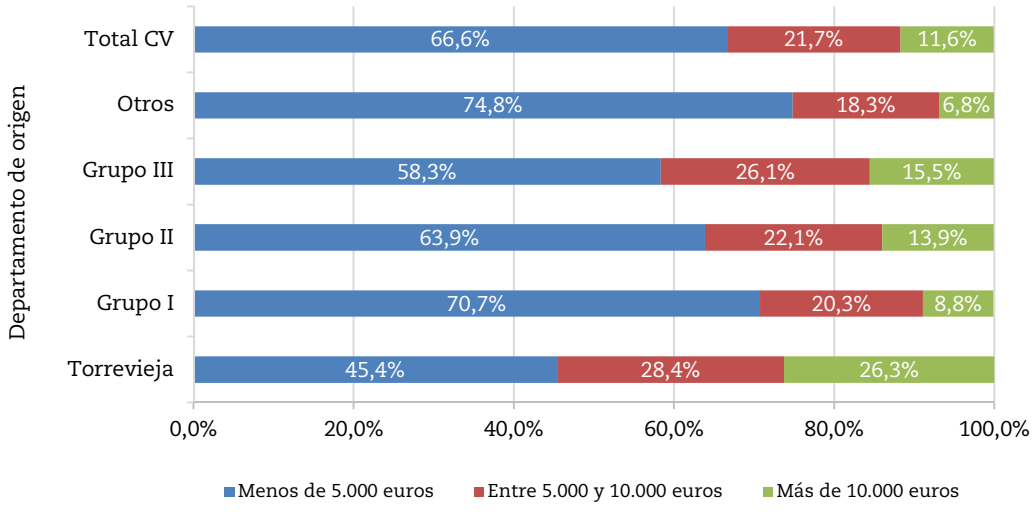
Servicio	Número de episodios	Coste total según Ley de Tasas €	Coste medio por episodio €
Cirugía cardiovascular[18]	191	2.561.228	13.410
Resto	139	1.300.249	9.354
Total	**330**	**3.861.477**	**11.701**

Fuente: Elaboración propia a partir de CMBD

Proporción de episodios de hospitalización de mayor valor económico

A partir de la tarifa aplicable según la Ley de Tasas, se ha realizado una agregación de los episodios derivados en tres tramos: los de menor coste (menos de 5.000 euros), los de coste medio (entre 5.000 y 10.000 euros) y los de mayor coste (más de 10.000 euros).

Gráfico 16. Proporción de episodios de hospitalización realizados en departamentos ajenos a la población protegida según coste. Por tramos. Ejercicio 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de CMBD

El 26,3% de los episodios de hospitalización de pacientes de Torrevieja derivados a otros departamentos tienen un coste superior a 10.000 euros,

[18] Episodios cuyos GRD son 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 116, 117, 544, 545, 546 y 549.

mientras que en el conjunto de hospitales del Grupo II al que pertenece esta proporción es únicamente del 13,9%.

El concesionario nos señala al respecto que tiene como uno de sus objetivos fidelizar los pacientes. Es por este motivo por el que sólo derivan aquellos casos que por su complejidad y poca incidencia hace necesario su traslado a un hospital de nivel terciario. En este sentido, otros hospitales similares (Grupo II) derivan episodios que sí figuran en la cartera de servicios del Hospital de Torrevieja y cuyo coste medio por proceso es muy inferior a los 10.000 euros, tales como hemodinámica, electrofisiología, cirugía torácica, cirugía vascular, cirugía de columna, radiología intervencionista, cirugía plástica o cirugía maxilofacial.

7. Subobjetivo 1.7: ¿El concesionario factura a la Conselleria los servicios de asistencia especializada prestados a pacientes no incluidos en la población protegida dependiente del concesionario?

Coste medio por episodio recibido

Es el sumatorio del coste del episodio recibido según la Ley de Tasas dividido por el número de hospitalizaciones realizadas en el departamento de destino a pacientes ajenos a su población protegida.

Cuadro 19. Coste medio por episodio recibido. Ejercicio 2016. En euros

		Hospitales Comunitat Valenciana			
Fuente	**Torrevieja**	**Grupo I**	**Grupo II**	**Grupo III**	**Total CV**
Compas	5.356	6.824	5.208	4.119	6.162

Fuente: Elaboración propia a partir de Compas

Según la información recogida en Compas, durante el ejercicio 2016 el Departamento de Salud de Torrevieja facturó 2.470 episodios de hospitalización realizados a pacientes que no pertenecían a su población protegida. El importe a compensar en destino (coste por proceso hospitalario que se calcula sobre la base del correspondiente grupo relacionado por el diagnóstico y que se regula en la Ley de Tasas) asciende a 13.229.211 euros, lo que supone un coste medio de 5.356 euros por episodio, cuantía superior en un 2,8% al coste medio que facturan los hospitales del Grupo II.

Se considera oportuno emitir las siguientes recomendaciones para minimizar las posibles discrepancias para identificar los diagnósticos y los procedimientos y, en última instancia, valorar las asistencias a la población no protegida:

- La Conselleria, por medio del Servicio de Análisis e Información Económica (Dirección General de Recursos Humanos y Económicos) y del Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria

(Dirección General de Asistencia Sanitaria), como propietarios de las bases de datos asistenciales, debería diseñar un cruce automatizado y periódico de los registros individualizados contenidos en el CMBD y en Compas.

- La Conselleria, por medio de la Dirección General de Alta Inspección Sanitaria, debe revisar una muestra significativa de episodios de hospitalización realizados en el Departamento de Salud de Torrevieja desde el inicio del contrato. El tamaño de la muestra debería ser al menos aquel que alcanzara un nivel de confianza del 99% y un límite máximo de 5% de errores. En el caso que se detectaran discrepancias por encima de la tasa de errores previstos, la Conselleria debería requerir al Departamento de Salud de Torrevieja que explicara de manera detallada las mismas y adoptar las medidas correctoras oportunas.

- La Conselleria, por medio de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y en coordinación con la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos, debería emitir las instrucciones pertinentes dirigidas a los departamentos de salud de gestión pública para implantar revisiones periódicas de las codificaciones de los episodios de hospitalización de su población protegida que han sido realizados en las concesiones.

APÉNDICE 4. OBSERVACIONES SOBRE EL CONTROL DE LA PRESTACIÓN POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN

Objetivo 2: ¿Existe un sistema adecuado de control de la gestión realizada por el concesionario por parte de la Administración concedente?

1. Subobjetivo 2.1: ¿Se han definido indicadores asistenciales que permitan evaluar periódicamente los servicios prestados por el concesionario?

En los procesos de externalización de servicios por parte de la Administración, se deben incluir determinadas disposiciones para garantizar la vigilancia y para evaluar y controlar periódicamente el desarrollo y ejecución del servicio externalizado. Por este motivo un proceso de externalización requiere un contrato bien diseñado con acuerdos de niveles de servicio relevantes y medibles que permita a la Administración realizar un seguimiento permanente de la ejecución del servicio para garantizar, entre otros aspectos, que no se penalice la calidad.

A este respecto, el contrato de concesión atribuye a la Comisión Mixta de Seguimiento, entre otros, los siguientes cometidos:

- Definir los controles de calidad que se consideren necesarios con el fin de garantizar la adecuada prestación sanitaria y calidad asistencial.
- Ordenar y analizar las auditorías de actividad.

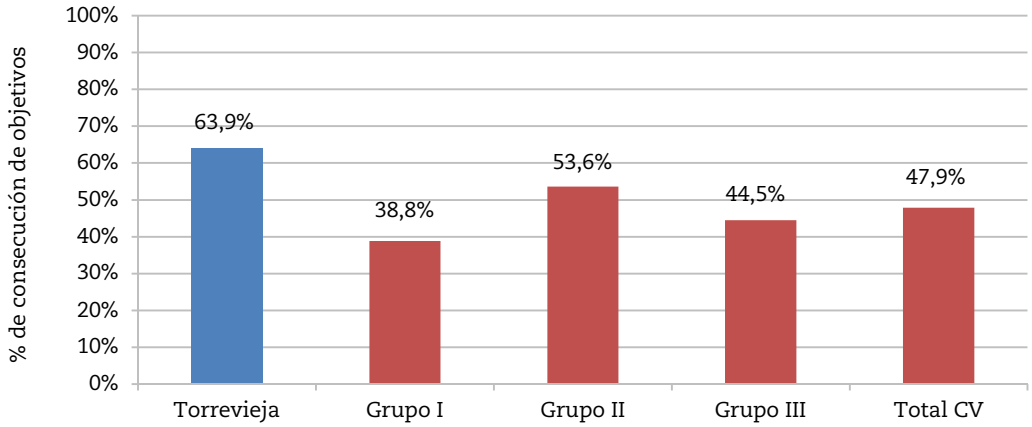
Es por ello que resulta criticable que la Administración no haya incorporado un clausulado contractual más detallado que permitiera garantizar y evaluar unos determinados niveles de calidad. Los pliegos del contrato deberían haber incluido, al menos, las siguientes disposiciones:

- Definición de un conjunto de indicadores específicos de calidad, detallando las fuentes de información y su forma de cálculo.
- Plan anual de evaluaciones o auditorías externas por parte de la Administración para verificar el cumplimiento de los indicadores.
- Régimen de penalizaciones en el supuesto del no cumplimiento de los indicadores establecidos, como podría ser una deducción sobre la prima *per cápita*.

Con independencia del cumplimiento de las obligaciones específicas que emanan del contrato formalizado, el Departamento de Salud de Torrevieja debe cumplir los objetivos que de forma común se establecen para el conjunto del sistema público de salud en el marco de los acuerdos de gestión. En este sentido, el Departamento de Salud de Torrevieja, según el informe de evaluación emitido por la Conselleria tras el periodo de alegaciones, alcanzó en el ejercicio 2016 un índice de

consecución del 63,9%, diez puntos porcentuales por encima de la media de departamentos que pertenecen al Grupo II y sensiblemente superior al conjunto de departamentos de salud de la Comunitat Valenciana, que se quedó en un índice de consecución del 47,9%. En particular, y respecto a los objetivos relacionados con el área "Mejorar la atención prestada", es significativo el menor tiempo que deben esperar los pacientes con solicitud en lista de espera quirúrgica (38 días en el Departamento de Salud de Torrevieja frente a la media autonómica de 115 días).

Gráfico 17. Porcentaje de consecución de los objetivos establecidos según los acuerdos de gestión 2016

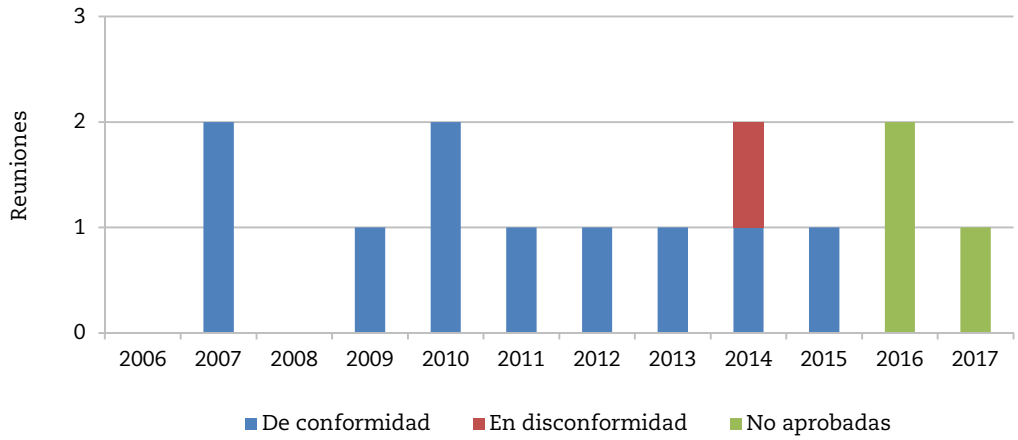


Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de evaluación de los acuerdos de gestión

2. Subobjetivo 2.2: ¿Se ha realizado un control efectivo por parte de la Comisión Mixta de Seguimiento?

Los pliegos no regulan la periodicidad con la que se tiene que reunir la Comisión. Desde la puesta en marcha del Hospital se han celebrado 14 reuniones y el plazo medio transcurrido entre una reunión y otra es de 10 meses.

Gráfico 18. Número de reuniones celebradas por la Comisión Mixta



Fuente: Actas de la Comisión Mixta de Seguimiento, facilitadas por la Conselleria

La Comisión Mixta de Seguimiento de la concesión administrativa no ha resultado ser un elemento eficaz como órgano de control debido al escaso número de reuniones celebradas y porque según se desprende de la lectura de las actas, tan sólo consideramos que ha cumplido con uno de los trece cometidos contractuales encomendados a la misma. La práctica totalidad de los acuerdos adoptados giran en torno a "La resolución de cuestiones de facturación entre Conselleria y concesionario", por lo que consideramos que la Comisión Mixta no ha servido a los fines para los que fue concebida.

Como muestra de la escasa efectividad de este órgano, queremos resaltar que en la reunión del 17 de julio de 2017 (última acta facilitada), los representantes del concesionario abandonaron la sesión sin tratar los asuntos inicialmente previstos por "No incluir en el orden del día un punto para tratar, acordar y aprobar las liquidaciones correspondientes a los ejercicios 2013 a 2016".

3. Subobjetivo 2.3: ¿La Administración ha autorizado la prestación de servicios con medios ajenos y se ha verificado que las prestaciones subcontratadas con terceros no exceden del 50% de la parte capitativa del precio?

La cláusula 21ª apartado 1 del PCAP establece, entre otras, las siguientes obligaciones:

1ª) En el caso de subcontratar servicios sanitarios se requerirá la autorización de la Conselleria.

2ª) En el caso de subcontratar servicios distintos a los sanitarios se deberá dar conocimiento por escrito del contrato a la Administración.

3ª) Las prestaciones parciales que el adjudicatario subcontrate con terceros no pueden exceder del 50% del presupuesto del contrato.

En relación con la 1ª y 2ª obligación, se han requerido al concesionario las autorizaciones y conocimientos regulados por los pliegos. A este respecto, nos ha comunicado que no se dispone de la autorización expresa, "Si bien se ha informado a la Administración de las entidades a las que la concesión venía derivando actividad asistencial". Añade el concesionario que "La Conselleria conoció la subcontratación por el Hospital de Torrevieja del servicio de laboratorio, tal y como acredita el hecho de que este disponga de autorización sanitaria independiente concedida por la propia Conselleria".

También nos indica el concesionario que en diciembre de 2016 se remitió la información sobre externalizaciones sanitarias que le fue requerida por la Dirección General de Recursos Económicos y Humanos de la Conselleria. Esta información se refiere al gasto de los ejercicios 2014 y 2015.

Según el concesionario, la Conselleria es conocedora en todo momento de los servicios que se están prestando con medios ajenos y considera que el silencio de la Administración equivale a la aceptación tácita.

En nuestra opinión, estas informaciones comunicadas o remitidas por el concesionario a la Conselleria de manera más o menos formal no avalan el incumplimiento contractual relativo a la subcontratación que se debió sustentar en autorizaciones expresas por escrito y, en todo caso, antes del inicio de las prestaciones. No hemos encontrado ninguna referencia a este asunto en las actas de las comisiones mixtas que nos han sido facilitadas.

En relación con la 3ª obligación, las prestaciones realizadas por terceros, incluyendo tanto las de servicios sanitarios como no sanitarios[19], no exceden del límite máximo establecido en los pliegos, pues en el periodo 2011-2016 el gasto agregado es inferior al 50% de la parte capitativa del precio durante la fase de explotación del servicio.

[19] Hemos realizado una interpretación amplia del concepto de externalización, al incluir en nuestro cálculo el coste del personal transferido por la Conselleria, las derivaciones a otros hospitales de gestión pública y otros gastos generales como suministros, arrendamientos y reparaciones.

Cuadro 20. Gastos en servicios externalizados. 2011-2016. En euros

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Lavandería	998.588	1.050.543	1.040.151	1.006.533	962.887	927.392
Limpieza	2.652.892	2.608.781	2.706.455	2.730.812	2.722.648	2.732.859
Restauración	1.217.964	1.146.054	1.055.338	1.152.708	1.159.287	1.154.032
Gestión de residuos y otros	168.853	168.861	125.888	117.583	117.408	127.207
Asistencias prestadas por otros hospitales públicos	10.853.048	10.708.628	14.615.671	13.542.493	7.851.160	9.087.348
Personal de Conselleria cuyo coste es asumido por la UTE	4.413.389	3.655.728	3.054.522	3.191.038	3.025.976	2.875.610
Otros trabajos (análisis clínicos y derivaciones asistenciales)	9.896.851	8.510.350	6.667.823	10.771.853	11.284.946	11.452.949
Servicios exteriores	6.382.340	5.900.701	5.906.197	6.061.953	5.279.927	5.283.141
Total	**36.583.925**	**33.749.646**	**35.172.045**	**38.574.973**	**32.404.239**	**33.640.538**
Cápita	107.020.422	111.570.882	101.454.587	113.495.793	116.413.359	120.582.475
% prestaciones sobre *cápita*	**34,2%**	**30,2%**	**34,7%**	**34,0%**	**27,8%**	**27,9%**

Fuente: Cuentas anuales del concesionario

4. Subobjetivo 2.4: ¿La Administración ha realizado el seguimiento y control de las obras de construcción y equipamiento del nuevo hospital?

La cláusula 6ª del contrato obliga a la Administración, a través del Servicio de Infraestructuras, a controlar la ejecución de las obras con el fin de que estas se ajusten al proyecto. En dicha cláusula contractual se prevé que la Administración haga un seguimiento, pues se establece que antes de transcurridos seis meses desde que hubieran finalizado las obras se deberá levantar la correspondiente acta de dimensión de inversiones la cual habrá de ser suscrita por los representantes de la Administración y el representante legal del concesionario.

Según la información facilitada por el concesionario, el coste de la obra del hospital ascendió a 62.114.135 euros, incluyendo los gastos del proyecto.

Cuadro 21. Resumen del coste de la obra del hospital. En euros

Concepto	Base imponible	IVA	Total	Coste activado
Proyectos	2.427.785	519.646	2.947.431	2.812.306
Otros costes técnicos	893.109	11.697	904.806	1.036.075
Suministros	495.242	79.239	574.481	573.688
Otros conceptos	350.478	56.076	406.554	405.376
Gastos financieros	1.280.726	0	1.280.726	1.280.726
Subtotal	**5.447.340**	**666.658**	**6.113.998**	**6.108.171**
Movimiento de tierras	321.758	51.481	373.239	372.724
Pilotaje	1.340.292	214.447	1.554.738	1.552.594
Contrato obra hospital	35.000.000	5.600.000	40.600.000	40.544.000
Precios adicionales	5.343.174	854.908	6.198.082	6.189.533
Urbanización exterior	662.250	105.960	768.210	767.150
Liquidación obra hospital	5.922.438	947.590	6.870.028	6.860.552
Liquidación urbanización exterior	69.754	11.161	80.915	80.803
Subtotal	**48.659.666**	**7.785.547**	**56.445.212**	**56.367.357**
Total	**54.107.005**	**8.452.205**	**62.559.210**	**62.475.528**
Costes repercutidos	-361.393			-361.393
Total coste neto obra hospital	**53.745.612**			**62.114.135**

Fuente: Registros extracontables del concesionario

En cumplimiento del contrato suscrito entre el concesionario y el contratista de la obra, la recepción de la misma se consignó en un acta fechada el 24 de enero de 2007 y firmada por la propiedad (el concesionario), el contratista, el técnico coordinador independiente y la dirección facultativa. Según dicha acta, el coste de la construcción del hospital ascendió a 48.659.666 euros, IVA excluido. Este documento no está suscrito por parte de ningún representante de la Administración por lo que no constituye el acta de dimensión a la que hace referencia la cláusula 6ª del contrato, por lo que en nuestra opinión la Conselleria no realizó el adecuado seguimiento y control de las obras de construcción y equipamiento del nuevo hospital.

5. Subobjetivo 2.5: ¿Se han autorizado las propuestas de inversiones?

El concesionario nos ha facilitado cuantiosa documentación relativa al cumplimiento de las obligaciones informativas sobre las inversiones, principalmente correos remitidos a servicios centrales de la Conselleria y a la Unidad del Comisionado. Con carácter general, la información remitida es muy sintética, pues se da cuenta de las anualidades (realizadas y previstas) con un detalle muy limitado (en algunos casos, se distingue entre atención primaria o especializada o por naturaleza del gasto).

No existe constancia que la Conselleria haya exigido la información con un formato y detalle concreto, excepto por un oficio de la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos que el 12 de enero de 2018 requirió que se le informara del inventario de activos a fecha de 31 de diciembre de 2016 y 2017 incluyendo unas variables concretas en formato electrónico. En el resto de documentos que nos han sido facilitados, las peticiones solían ser muy escuetas[20] sin concretar el nivel de desglose mínimo de la información a remitir.

No hemos encontrado evidencia de que el concesionario propusiera el plan quinquenal para los cinco primeros años de la concesión y que debió comunicar antes de la puesta en funcionamiento del Hospital.

Adicionalmente a las peticiones mediante correo electrónico, tenemos constancia de que el director general de Recursos Económicos de la Conselleria de Sanitat requirió mediante oficio del 13 de octubre de 2014 la propuesta del Plan Anual de Inversiones correspondiente al ejercicio 2015, así como del Plan de Inversiones quinquenal para el periodo 2011-2016, "Con objeto de llevar a cabo un correcto seguimiento de la debida ejecución del Plan de Inversiones vigente y con el fin de conformar el acta de dimensión de inversiones prevista en los pliegos". El plan quinquenal solicitado fue presentado el 3 de diciembre de 2014. El segundo plan quinquenal se propuso en junio de 2016 y consideramos que adolece de las mismas debilidades que las ya descritas anteriormente.

El órgano de contratación es quien ostenta la competencia para aprobar las propuestas de los planes quinquenales de inversión. Sin embargo, no consta la aprobación de ninguno de ellos que es necesaria para su ejecución, según se indica en la cláusula 16.1 del PCAP.

En cuanto a los planes anuales de inversión, no se han respetado los preceptos previstos en la cláusula 6.3 del PPTP, ni en plazos (último trimestre del año anterior) ni en la tramitación (presentación de propuesta de plan por parte del concesionario y aprobación por parte del órgano de contratación). Sin embargo, el concesionario ha remitido la información relacionada con las inversiones realizadas y previstas que puntualmente le ha requerido la Conselleria.

[20] Entre otros, un ejemplo de petición de información es el contenido en el correo remitido por el Comisionado el 25 de marzo de 2013, donde se indicaba textualmente: "Necesito con carácter urgente la inversión ejecutada durante el ejercicio 2012 en el Departamento, tanto en Primaria como en el Hospital".

En opinión de esta Sindicatura, la documentación soporte que hemos revisado nos permite concluir que si bien el Hospital ha mostrado con carácter general[21] una total disposición[22] para cumplir con los requisitos contractuales en esta materia, el contenido de la información suministrada es, con carácter general, limitado e insuficiente para permitir un control efectivo por parte de la Administración. Así, en los correos remitidos se adjuntan cuadros con las anualidades (en algunas ocasiones, distinguiendo entre atención primaria y especializada), pero sin identificar ni la naturaleza ni las ubicaciones de las inversiones realizadas ni las pendientes de ejecutar.

Al igual que los planes quinquenales, el órgano de contratación es quien ostenta la competencia para aprobar las propuestas de planes anuales de inversión. Para tal fin, se levantaron dos "actas de dimensionamiento de inversiones", de los ejercicios 2007 y 2008, en los que se da cuenta de sendas reuniones de representantes de la Conselleria y del Hospital, en las cuales se indican las inversiones que se aprueban para ser realizadas por el concesionario en cada uno de dichos ejercicios. Estos dos documentos no cabe confundirlos con las actas de dimensión que regula la cláusula 6.4 del PPTP, puesto que estas actas deberían consistir en un documento que recogiera las inversiones realizadas por el concesionario y aprobadas por la Administración.

Esta Sindicatura entiende que las actas de dimensión tienen que detallar las inversiones efectivamente realizadas con un desglose suficiente para conseguir el fin último de las mismas, que es conocer la inversión ejecutada a los efectos de revertir a la Administración los activos al finalizar la concesión. Dado que no existe ninguna documentación firmada entre ambas partes que contemple este contenido mínimo, consideramos que no se han elaborado las denominadas "actas de dimensión" reguladas por la cláusula 6.4 del PPTP.

En conclusión, la Administración no ha ejercido una tutela efectiva sobre el concesionario en materia de inversiones pues no consta que se hayan aprobado formalmente los planes de inversión anuales desde el ejercicio 2009 ni tampoco los planes quinquenales presentados. Los servicios centrales de la Conselleria no han exigido una información detallada que les permitiera conocer con detalle las actuaciones en materia de inversiones a realizar hasta que la Dirección General de Recursos

[21] Nos consta una solicitud formulada por el Comisionado el 30 de mayo de 2017, requiriendo un detalle pormenorizado de inversiones de 2015 y 2016, que fue denegada mediante escrito de la Gerencia de fecha 22 de junio de 2017 indicando que "La concesionaria no va a poder aportar los datos requeridos en relación con las inversiones correspondientes a los ejercicios 2015 y 2016, por no existir obligación legal o contractual de ningún tipo a cargo de la misma que le imponga el deber de suministrar tal información a esta Conselleria".

[22] Entre la información facilitada, figura un oficio de 5 de marzo de 2013 del gerente de Torrevieja Salud UTE, solicitando a la Conselleria que se dicten las instrucciones que sean necesarias y se den las indicaciones oportunas para permitir la correcta elaboración y aprobación de las actas de dimensionamiento de inversiones previstas en los pliegos.

Humanos y Económicos hizo un requerimiento en ese sentido en enero de 2018.

Por todo lo descrito, se recomienda a la Conselleria que defina un procedimiento adecuado para comunicar y autorizar las inversiones, detallando los canales de información a utilizar, el contenido de la información, la periodicidad de la misma y los órganos competentes para aprobarla.

Así mismo, recomendamos que la Conselleria destine los recursos oportunos para comprobar de forma efectiva las inversiones realizadas y elaborar con carácter inmediato las actas de dimensión de inversiones, dada la importancia de estas, ya que según establece la cláusula 6.4 de los PPTP han de servir de base explícita a los efectos de revertir a la Administración los bienes al finalizar la concesión, para que el concesionario calcule sus amortizaciones y fondo de reversión y para establecer la indemnización correspondiente en el supuesto de resolución o rescisión parcial o total del contrato.

6. Subobjetivo 2.6: ¿La Administración ha autorizado la contratación del personal directivo?

En relación con este aspecto, no hay evidencia que se haya seguido el proceso formal establecido ya que no constan propuestas por escrito ni resoluciones de autorización. Es por ello, que esta Sindicatura entiende que se ha incumplido por ambas partes –concesionario y Conselleria- lo establecido en la cláusula 7ª del contrato. En cuanto al concesionario, por incumplir su obligación de elaborar la correspondiente propuesta que especificara los requisitos y condiciones del puesto acompañada de la memoria justificativa sobre la necesidad del mismo. En cuanto la Conselleria, por no requerir formalmente al concesionario a cumplir con dicha cláusula contractual. En este sentido, y según el apartado 8.2 del pliego de prescripciones técnicas particulares, es cometido de la Comisión Mixta "Vigilar el cumplimiento de las cláusulas de este contrato en todos sus aspectos".

Si bien el concesionario argumenta que no hay ningún incumplimiento contractual porque la Administración ha sido conocedora en todo momento de la contratación del personal directivo, otorgando autorizaciones tácitas, esta Sindicatura recomienda que la Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria de la Conselleria de Sanitat complete la revisión iniciada por la Unidad del Comisionado para identificar si realmente los directivos del departamento están ubicados en el Hospital y si tienen dedicación exclusiva al mismo.

7. Subobjetivo 2.7: ¿Se ha cumplido con el principio de sostenibilidad del modelo?

Según nos han informado el concesionario y la Conselleria, hasta la fecha no han designado conjuntamente a ningún auditor externo para revisar la TIR. Esta revisión debiera haberse realizado, al menos cada cinco años desde el inicio de la concesión, esto es, en 2008, 2013 y 2018.

La Conselleria nos ha facilitado un estudio elaborado en noviembre de 2016 por el Centro de Investigación de Ingeniería Económica (INECO) de la Universidad Politécnica de València. Este estudio tiene como objeto realizar un análisis económico financiero de la concesión administrativa del Departamento de Salud de Torrevieja. El estudio fue aportado por la Conselleria en el procedimiento judicial que se encuentra en curso en el Tribunal Superior de Justicia a raíz de la demanda presentada por el concesionario el 4 de julio de 2016 solicitando el reequilibrio financiero (ver subobjetivo 3.4).

Por otra parte, los responsables de la concesión solicitaron los servicios profesionales de un consultor externo que emitió un informe pericial para remitirlo a la Conselleria e incorporarlo en los procedimientos judiciales en curso o que pudieran iniciarse en el futuro. Este informe pericial -con fecha de 18 de enero de 2017- revisa y calcula la TIR obtenida por la concesión teniendo en cuenta diferentes escenarios o hipótesis de cálculo.

Con independencia de las conclusiones contenidas tanto en el estudio encargado por la Administración como en el informe pericial solicitado por el concesionario, hemos realizado de acuerdo con los datos facilitados una estimación de la rentabilidad del proyecto. Según esta estimación y en función de la exclusión o no de los ingresos extracontractuales, así como de los gastos operativos asociados y de los beneficios atribuibles a la central de compras, la TIR oscilaría entre el -5,34% (que sería el escenario que correspondería más estrictamente a la literalidad de la resolución interpretativa del órgano de contratación) y el 7,12% (escenario en el que se computan todos los ingresos, incluyendo los de la central de compras). Como consecuencia de las premisas establecidas, el resultado obtenido por esta Sindicatura debe tomarse como una estimación y en ningún caso puede sustituir la obligación de la Administración de nombrar de acuerdo con el concesionario un auditor externo para revisar la TIR.

En conclusión, instamos a las partes a cumplir la cláusula 4.9 del PCAP, nombrando de forma consensuada un auditor externo que determine la rentabilidad del proyecto y para reprogramar, en su caso, el compromiso de inversiones del concesionario para ajustar la TIR al 7,5%, que es la que figura en los pliegos del contrato de concesión.

8. Subobjetivo 2.8: ¿El concesionario ha sido sometido a auditoría integral anual realizada por la Administración?

Este control ha sido sistemáticamente ignorado por la Administración desde la puesta en marcha del modelo concesional. Desde el inicio de la concesión sólo consta la emisión por parte de la Intervención General de la Generalitat de un informe por petición del Consell que en sesión celebrada el 20 de noviembre de 2015 acordó, entre otros, realizar un control financiero específico centrado en el análisis de las liquidaciones emitidas en la ejecución de los contratos de "Gestión de servicio público mediante concesión de la asistencia sanitaria integral", suscritos entre la Generalitat Valenciana y los distintos adjudicatarios de los contratos entre los ejercicios 2003 y 2012. En este sentido, la Intervención General emitió el 23 de agosto de 2017 el "Informe definitivo de control financiero específico sobre liquidaciones anuales emitidas y aprobadas por el órgano de contratación"[23]. Las principales conclusiones del mencionado informe, en relación con el contrato de la concesión del Departamento de Salud de Torrevieja, son las siguientes:

a) La Intervención General considera que el órgano de contratación se ha ajustado, con carácter general, a los pliegos en la determinación del precio del contrato, haciendo uso de sus facultades de interpretación y conforme al criterio contenido en dictamen del Consell Jurídic Consultiu, si bien se han incumplido los plazos previstos en dichos pliegos para la práctica de las liquidaciones derivadas del contrato.

   Respecto a los contratos que rigen las concesiones, el informe destaca la "Insuficiente regulación que, de las relaciones contractuales entre Administración y concesionario", contienen los pliegos de los contratos, "Que contrasta con la detallada regulación que dichas relaciones se establecen en los pliegos de este tipo de contratos en otras administraciones".

   También añade que se trata de unos pliegos "En ocasiones ambiguos y aparentemente contradictorios, que obligan a una importante labor hermenéutica por parte del órgano de contratación, el cual ha debido de acudir hasta en dos ocasiones a la función consultiva del Consell Jurídic Consultiu, supremo órgano consultivo de la Administración de la Generalitat".

b) No consta incorporado al expediente de contratación estudio económico previo a la licitación ni proyecto de explotación del servicio público cuya gestión indirecta se concierta, por lo que se desconoce la forma y motivación con la que se estableció la *cápita*

[23] Referidas al periodo 2006-2012.

de inicio (precio del contrato) en la documentación contractual que rigió la licitación.

c) El documento indica que durante el periodo analizado el órgano de contratación hizo dejación de funciones "En el ejercicio de sus facultades de interpretar el contrato, resolver dudas acerca de su cumplimiento o modificarlo. El desentendimiento de estas funciones ha tenido como consecuencia que la Comisión Mixta de Seguimiento se haya extralimitado en sus funciones de seguimiento, vigilancia y control de la ejecución del contrato, invadiendo competencias y potestades legalmente reservadas en exclusiva al órgano de contratación".

   En referencia a la extralimitación de funciones de las comisiones mixtas, el informe aclara que la Comisión Mixta de Seguimiento "No tiene competencia alguna para alterar las condiciones económicas del contrato ni, mucho menos, para modificar el mismo, careciendo de competencia para aprobar, ni siquiera proponer, las liquidaciones anuales del precio del contrato". Y que tan sólo el órgano de contratación es el competente para hacer dichas liquidaciones anuales.

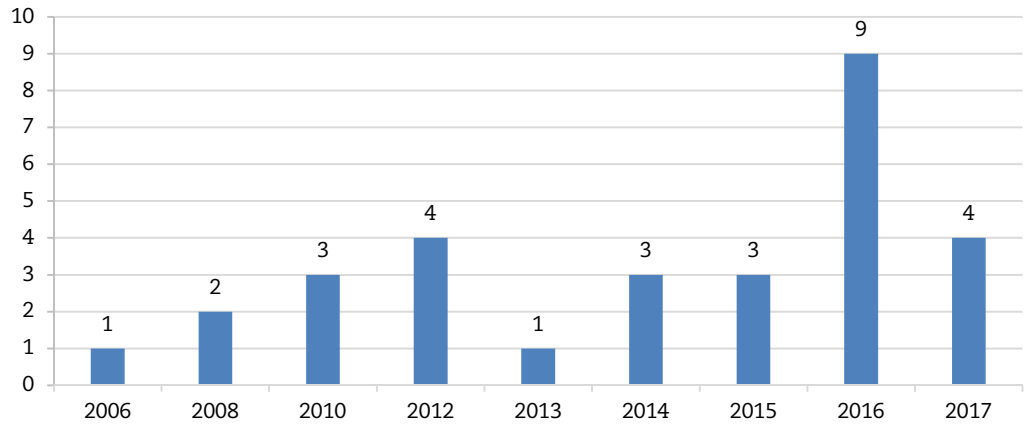
d) Respecto a las inversiones, e incumpliendo lo establecido en los pliegos del contrato, no se han confeccionado los documentos básicos de control de las inversiones previstos (proyectos anuales y actas de dimensión de las inversiones), por lo que la Administración no ha realizado un adecuado control.

   Se considera que las limitaciones en la ejecución de los trabajos de la auditoría externa encargada por la Conselleria con el objeto de comprobar la correcta ejecución del plan de inversiones propuesto por las concesiones no permiten acreditar suficientemente el importe de las inversiones totales realmente ejecutadas.

9. Subobjetivo 2.9: ¿Se han ejercido las funciones de inspección en el Departamento de Salud de Torrevieja?

De acuerdo con la información recibida de la Subdirección General de Inspección Sanitaria de Concesiones, Conciertos, Centros y Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanitat, desde el inicio de la concesión hasta septiembre de 2015, fecha de entrada en vigor del Decreto 156/2015, se llevaron a cabo 15 actividades de inspección, la mayor parte de ellas relacionadas con inspecciones previas para autorizar o ampliar servicios.

Gráfico 19. Inspecciones realizadas en el Departamento de Salud de Torrevieja



Fuente: Subdirección General de Inspección Sanitaria de Concesiones, Conciertos, Centros y Servicios Sanitarios

A partir de la citada fecha, se han llevado a cabo inspecciones más específicas en cuanto al cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de concesión, lo que ha supuesto una mejora en el control cuantitativo y cualitativo sobre el cumplimiento de las obligaciones impuestas al concesionario.

Cuadro 22. Inspecciones realizadas en el Departamento de Salud de Torrevieja

Objetivo de la inspección	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Servicio de Transfusión		X	X	X		X		X	
Encuesta Satisfacción Usuarios Departamento							X		
Esterilización			X			X		X	
Inspecciones previas de Autorización y Ampliación	X								
Servicio de Hemodiálisis		X							
Unidad de Desintoxicación Hospitalaria			X						
Hospital de Día de Psiquiatría				X					
Cirugía Plástica y Reparadora				X					
Inspección previa referida a solicitud H. Universitario					X				
Servicio de Urgencias				X		X		X	
Unidad de Hemodinámica							X		
Transporte Sanitario del Departamento							X		
Protección radiológica. Notificaciones al CSN								X	
Informe sobre comunidad cargos directivos con Vinalopó									X
Informe Plan Vacaciones								X	X
Informe facturación Urgencias Torrevieja								X	X
Análisis derivaciones a concesiones y centros no concertados								X	
Adecuación hospitalizaciones *extracápita*								X	
Análisis de la actividad de Cirugía Mayor Ambulatoria								X	
Análisis facturación F. de resolución (antivirales HVC)									X

Fuente: Subdirección General de Inspección Sanitaria de Concesiones, Conciertos, Centros y Servicios Sanitarios

La Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria debe coordinar y analizar la actividad de las Unidades de Gestión del Comisionado. Estas unidades bajo la dirección del Comisionado deben encargarse de ejercer las funciones que el contrato le atribuye, que se detallan en la cláusula 8.3 de los PCAP. Adicionalmente, el reglamento orgánico y funcional de la Conselleria atribuye a estas unidades las funciones de velar por la correcta aplicación de las cláusulas de la concesión y garantizar los derechos de los usuarios del departamento de salud correspondiente.

En el transcurso de nuestro trabajo, hemos mantenido diversas entrevistas con el Comisionado del Departamento de Salud de Torrevieja durante las cuales nos ha informado y entregado documentación relativa a diversas cuestiones que resumimos a continuación:

a) Sobre los sistemas de información del concesionario

Con respecto a este asunto tenemos que señalar que el personal del Departamento de Salud de Torrevieja utiliza de facto para llevar a cabo su trabajo diario diferentes aplicaciones de la propia Conselleria (Abucasis, Gescam, Sifco, Concerts,...) y los sistemas de información de la concesionaria se encuentran parcialmente integrados con algunas de las aplicaciones de la Conselleria de Sanitat (SIP, RCLE, Compas, CMBD, Alumbra,…). No obstante, dada la transcendencia del sistema de información hospitalaria del concesionario (Florence Clinic) como herramienta informática básica para la gestión de pacientes y ayuda a los profesionales sanitarios mediante consulta de las historias clínicas, incluido el repositorio de las imágenes médicas, la Conselleria debería exigir al concesionario que presente un plan de acción que contemple los hitos de una migración programada antes de finalizar el plazo concesional en cumplimiento de la cláusula 17.4 de los PCAP.

b) Sobre las relaciones con el Comisionado

En el marco de sus funciones como órgano de control de la Conselleria, el Comisionado nos indica que algunas de las peticiones de información realizadas a la dirección del Hospital no son satisfechas dentro de los plazos o incluso algunas de ellas no llegan a ser contestadas.

El Comisionado nos ha facilitado una relación de documentos presentados en el registro, sin que esta Sindicatura tenga posibilidad de opinar sobre la integridad y exactitud del mismo y sobre todo del grado de cumplimiento de las peticiones realizadas.

Con independencia de que esta Sindicatura sí ha tenido acceso a toda la información que ha sido requerida en el transcurso de nuestra fiscalización, el concesionario debe garantizar el acceso a la información que la Unidad del Comisionado requiera para poder

llevar a cabo sus funciones de representación de la Conselleria, en particular como órgano responsable de controlar y garantizar la adecuada prestación sanitaria y calidad asistencial.

c) Sobre los cupos de los facultativos

Según dos estudios estadísticos (ver subobjetivo 1.3 en el apéndice 3) elaborados por la Unidad del Comisionado -referidos a 2016 y 2017-, los facultativos del Departamento de Salud de Torrevieja tienen un cupo de pacientes cercano o por encima de las recomendaciones de las sociedades científicas, existiendo un número muy elevado de tarjetas sanitarias sin médico asignado por tratarse de población desplazada.

Con independencia de que existan quejas y denuncias por parte de los trabajadores del Hospital (aportadas a esta Sindicatura por el Comisionado), la inexistencia de cláusulas contractuales específicas que exigieran al concesionario la obligación de mantener en plantilla un número mínimo de facultativos respecto a la población protegida impide la imposición de penalizaciones. En cualquier caso, ello no obsta para que la Conselleria dicte las recomendaciones o incluso regule normativamente los cupos que se consideren óptimos.

d) Sobre la titulación de los facultativos

La cláusula 17.2 del PCAP exige al concesionario que el personal que incorpore para la prestación del servicio posea la titulación y cualificación adecuada al puesto de trabajo desempeñado y que se comprometa al cumplimiento de todas las disposiciones vigentes en materia laboral y social, pudiendo la Administración en cualquier momento solicitar la acreditación de estos extremos.

La Unidad del Comisionado ha recopilado información sobre la titulación de los facultativos con contrato laboral en el Departamento de Salud de Torrevieja. En base a los documentos y fuentes de información consultadas, el Comisionado considera que presuntamente se incumple la normativa en materia de contratación de profesionales sanitarios de medicina general y pediatría, al carecer del título de médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria[24] o la certificación prevista en el artículo 3 del Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, sobre el ejercicio de las funciones de Médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud.

[24] Según el artículo 16.3 de la Ley 44/2003 "La posesión del título de especialista será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados".

A este respecto, la dirección del Departamento de Salud nos traslada las siguientes observaciones:

- La realidad laboral en todo el territorio nacional, y muy especialmente en zonas periféricas, como es el caso de Torrevieja, hacen prácticamente imposible contar con personal sanitario especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

- La prioridad del Departamento es garantizar la asistencia sanitaria pública, y se ha acogido a la facultad otorgada por la propia Conselleria[25] que posibilita la cobertura del servicio por profesionales sin la especialidad, contratando profesionales que cuenten con la Licenciatura en Medicina y Cirugía, atendiendo así a la necesidad de garantizar el derecho establecido en el artículo 43 de la Constitución Española, cumpliendo una serie de requisitos (excepcionalidad e imposibilidad de contratación vía bolsa).

- La Dirección del Departamento de Salud de Torrevieja ha comenzado a adoptar un plan de acción dirigido a captar y fidelizar médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, como, por ejemplo, el facilitar asesoramiento específico para el proceso de homologar títulos extracomunitarios o establecer medidas para obtener la especialidad exigible.

Según nos indica la Dirección General de Recursos Humanos de la Conselleria de Sanitat, para el ejercicio 2018 se ha concedido a los 19 departamentos de salud de gestión pública, autorizaciones genéricas de nombramientos excepcionales de personal estatutario temporal para el desempeño de funciones por licenciados en Medicina y Cirugía que no tienen la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria.

En cualquier caso, el Servicio de Régimen Jurídico de Personal de la Conselleria informa[26] que "No corresponde en ningún caso a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública autorizar la contratación de personal laboral por parte de la empresa privada adjudicataria de un contrato de gestión de servicios públicos en la modalidad de concesión, puesto que la contratación de personal y, una vez contratado éste, el cumplimiento de la normativa laboral, es responsabilidad exclusiva de dicha empresa adjudicataria".

---

[25] Circular de 14 de abril de 2009 del director general de Recursos Humanos e Instrucciones de 29 de diciembre de 2017 del director general de Recursos Humanos y Económicos.

[26] Informe jurídico del jefe de Servicio de Régimen Jurídico de Personal, emitido el 1 de diciembre de 2016.

La jurisprudencia ha recalcado que realizar actos que se consideran propios de una especialidad por parte de quién dispone únicamente del título de licenciado en Medicina que le habilita para el ejercicio de la profesión médica con carácter general, no se subsume en el tipo delictivo del intrusismo, previsto en el artículo 403 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

En cualquier caso, recomendamos que la Dirección General de Alta Inspección Sanitaria realice una inspección de la contratación laboral de los facultativos que estén prestado sus servicios en el Departamento de Salud de Torrevieja. Dicha inspección debería evaluar si, en caso que existieran incumplimientos de los requisitos, existen "circunstancias extraordinarias"[27] que puedan justificar la contratación de un médico no especialista para un puesto que requiera especialidad y que se apliquen los mismos criterios que al resto de departamentos de salud.

e) Sobre la imagen corporativa

El Comisionado ha elaborado un informe, que fue remitido a la Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria en octubre de 2016, en el que concluye que existen indicios de incumplimientos de las normas de identidad visual corporativa que elaboró la Subdirección General del Gabinete Técnico de la Conselleria en el año 2014. Dicho informe propone a la Conselleria que adopte medidas para solucionar defectos en la imagen corporativa de la Generalitat Valenciana. El contrato vigente no contempla ninguna cláusula sobre obligaciones en materia de imagen corporativa.

f) Sobre el control de la *cápita*

Según el Comisionado, es la propia empresa quien controla el objeto principal del contrato que es la población protegida, mediante una serie de acciones encaminadas a incrementar el número de pacientes de la población protegida, entre las que menciona como más significativas las siguientes:

- Políticas activas entre la población extranjera para obtener la tarjeta SIP.

- Falta de diligencia en la tramitación de las bajas de titulares de tarjeta SIP que no se encuentran empadronados en el departamento. En particular, mediante la reacreditación por

[27] Según la jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo (SSTS de 1 de abril de 2003, de 18 de julio y 26 de julio de 1997, así como las de 21 de marzo, 21 de mayo y 14 de octubre de 1996), el desarrollo de funciones de especialistas por médicos que carecen de tal titulación (o no la tienen reconocida en nuestro país) es posible siempre que concurran las siguientes condiciones: intento de cobertura de plazas por especialistas, carencia absoluta de especialistas, y necesidad de garantizar la continuidad asistencial a la población protegida.

oficio de tarjetas provisionales a ciudadanos europeos y mediante la no depuración de los resultados consecuencia de cruces de bases de datos con el Instituto Nacional de Estadística (INE).

A este respecto, hemos realizado sendas pruebas de auditoría para las cuales el Servicio de Aseguramiento Sanitario nos ha facilitado información sobre reacreditaciones realizadas y sobre bajas reactivadas por el Departamento de Salud de Torrevieja. En base al trabajo realizado, y para la muestra seleccionada, la situación de empadronamiento registrada en SIP es un reflejo de la realidad del interesado en el momento del registro de los datos en el sistema (bien mediante consulta al Sistema de Verificación de Datos de Residencia e Identidad, bien mediante la aportación de certificado de empadronamiento actualizado).

El Servicio de Aseguramiento Sanitario dispone de alertas en el Sistema de Información Poblacional que le permite conocer el número de tarjetas sanitarias que corresponden a población clasificada como "colectivos de mejora". En función de dicha información estadística, la Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria podría evaluar la conveniencia de implantar controles adicionales para mitigar el riesgo que implica que sea el propio proveedor el encargado de tramitar los cambios en el Sistema de Información Poblacional, con el consiguiente impacto en la población protegida y en consecuencia en el precio del contrato.

g) Sobre la facturación de episodios en urgencias

Señala el Comisionado que ha realizado un estudio en cinco centros de salud observando irregularidades por atenciones realizadas en los puntos de atención continuada (PAC). Se trataría, presuntamente, de consultas de atención primaria a pacientes que pertenecen al colectivo de desplazados (con tarjeta sanitaria europea o con tarjeta sanitaria de otra comunidad autónoma), que han sido facturados como episodios de urgencias. El Comisionado concluye que parte de los pacientes desplazados en este departamento han sido incluidos en Compas como pacientes atendidos en urgencias y no como pacientes atendidos de forma ordinaria en atención primaria. No se dispone del impacto económico que pudiera desprenderse de estas incidencias, aunque reconoce el propio Comisionado que la propia Conselleria habría rechazado los episodios facturados.

Si bien el Comisionado nos ha facilitado documentación acreditativa de algunos ejemplos de lo descrito, no disponemos de información suficiente para poder cuantificar adecuadamente las posibles irregularidades que, en cualquier caso, exigirían el cruce masivo de información contenida en distintas aplicaciones (Abucasis, Florence Clinic, Compas y SIP) y la posterior revisión

exhaustiva de las historias clínicas. Por este motivo, recomendamos que la Dirección General de Alta Inspección Sanitaria complemente los trabajos ya realizados (y cuyas conclusiones hemos resumido anteriormente en este mismo subobjetivo) y planifique y revise la facturación en concepto de episodios de urgencias a partir de las observaciones realizadas por el Comisionado, mediante la utilización de herramientas y técnicas de análisis de datos que permitan la explotación de los registros informáticos donde se custodie la actividad asistencial a la población no protegida.

h) Sobre otros aspectos

El Comisionado nos ha indicado que:

- Los representantes del concesionario tienden a obstruir el funcionamiento y desarrollo de las sesiones de la Comisión Mixta, impidiendo ejercer la función de control de la gestión y la actividad desarrollada en el departamento de salud.
- La información recibida sobre el plan de inversiones es mínima o incluso denegada, sin que conste formalmente las actas de dimensión de inversiones (excepto de 2007 y 2008).
- No constan las autorizaciones que debe conceder la Conselleria para derivar la asistencia a otros centros privados y públicos.
- El contrato de la concesión no contiene ninguna sanción por incumplimientos contractuales.
- Se produce el incumplimiento de dos cláusulas contractuales (17.7 y 17.8 de los PCAP), al disponer de un equipo directivo que esté ubicado en el Hospital de Torrevieja y no contar con la autorización de la Conselleria para su nombramiento.
- No se ha realizado la auditoría externa que evalúe la rentabilidad establecida en los pliegos.
- La última liquidación realizada es la correspondiente al ejercicio 2012.

Sobre estos aspectos, la Sindicatura ya se ha manifestado en otros apartados de este Informe.

Si bien es preciso mencionar el notable incremento en la actividad inspectora en los últimos ejercicios, consideramos que, de conformidad con lo recogido en los Decretos 156/2015 y 37/2017, el próximo Plan Anual de Inspección debería incluir actuaciones concretas relacionadas con la verificación, seguimiento e inspección del cumplimiento de las cláusulas de explotación, la evaluación de los mecanismos y resultados de control de calidad de los servicios de la concesión, así como la evaluación de los indicadores y datos de actividad asistenciales, de resultados y económicos. En particular, recomendamos que se articule el procedimiento adecuado para iniciar procesos de inspección específicos vinculados con observaciones o denuncias realizadas por la Unidad del Comisionado.

APÉNDICE 5. OBSERVACIONES SOBRE EL PRECIO FINAL DEL CONTRATO

Objetivo 3: ¿El precio de la prestación, determinado mediante las liquidaciones anuales, cumple con las condiciones económicas contractuales?

1. Subobjetivo 3.1: ¿La Administración cumple con los plazos legales establecidos en las condiciones económicas del contrato?

La Conselleria mediante resolución del órgano directivo correspondiente comunica al concesionario -normalmente en el primer trimestre del año- la población protegida y la *cápita* provisional para cada ejercicio.

Cuadro 23. Resoluciones emitidas para actualizar la población protegida y la prima provisional a aplicar en cada ejercicio

Año vigencia	Fecha resolución	Órgano que resuelve	Fecha referencia población	Población protegida	Prima provisional
2003	N/c	N/c	N/c	N/c	379,00
2004	N/c	N/c	N/c	N/c	413,11
2005	N/c	N/c	N/c	N/c	454,83
2006	18/12/2006	Conseller de Sanitat	30/09/2005	150.067	494,72
2007	08/02/2007	Director gerente de AVS	30/09/2006	179.366	535,39
2007[28]	30/03/2007	Director gerente de AVS	28/02/2007	152.446	535,39
2008	05/03/2008	Director gerente de AVS	30/09/2007	154.473	571,90
2009	19/01/2009	Director gerente de AVS	30/09/2008	170.583	597,64
2010	15/01/2010	Director gerente de AVS	30/09/2009	171.799	607,14
2011	17/01/2011	Director gerente de AVS	30/09/2010	172.647	619,88
2012	20/02/2012	Director gerente de AVS	30/09/2011	174.575	639,10
2013	20/12/2012	Secretario autonómico de AVS	30/09/2012	153.526	660,83
2014	20/01/2014	Secretario autonómico de Sanidad	30/09/2013	159.232	712,77
2015	26/01/2015	Secretario autonómico de Sanidad	30/09/2014	157.915	737,19
2016	16/02/2016	DG de Recursos Humanos y Económicos	30/09/2015	155.500	775,45
2017	27/01/2017	DG de Recursos Humanos y Económicos	30/09/2016	156.341	777,00
2018	05/03/2018	DG de Recursos Humanos y Económicos	30/09/2017	156.067	795,49

Nota: N/C No consta resolución formal ni informe económico justificativo de la revisión realizada por el órgano de contratación.

Fuente: Elaboración propia

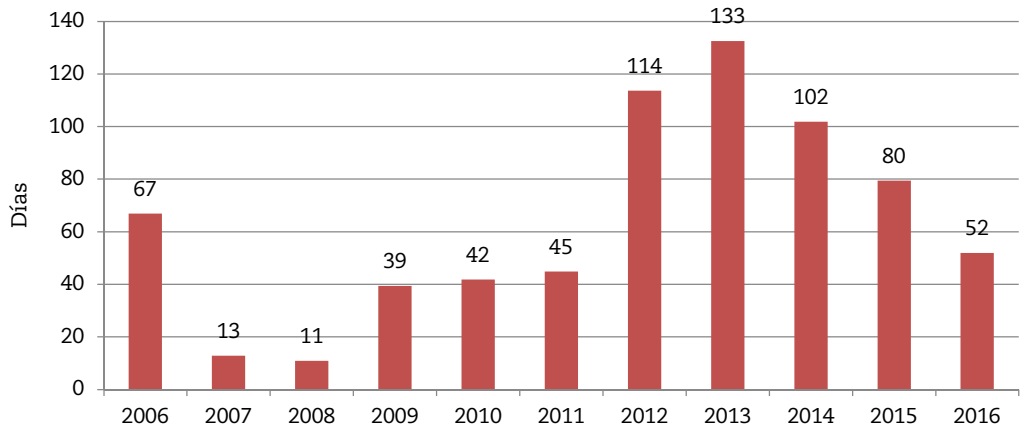
[28] En este ejercicio se rectificó la población protegida, como consecuencia de la instrucción conjunta de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de fecha 30 de marzo de 2007 relativa a la asignación o adscripción provisional de médico.

La liquidación anual (esto es, el saldo resultante a favor de una u otra parte -concesionario o Conselleria- de acuerdo con las cláusulas 4 y 18 del PCAP) se debe fijar anualmente y siempre antes del 31 de marzo del año siguiente, con pago efectivo antes del 30 de junio inmediato siguiente. Sin embargo, hasta la fecha tan solo han sido liquidados los ejercicios 2006-2012, todos ellos mediante Resolución del conseller de Sanitat de fecha 30 de diciembre de 2014 y por tanto fuera del plazo contractual. Se encuentran pendientes de liquidar los ejercicios 2013 a 2017, por lo que el órgano de contratación no ha cumplido con las obligaciones impuestas por el contrato y pliegos, incumplimiento que justifica la Conselleria debido a "Las deficiencias y vaguedades del contrato de concesión, la situación aún indefinida de algunas cuestiones pendientes de resolución judicial que afectan a las liquidaciones, así como por cuestiones técnicas, como es principalmente la tardía obtención del gasto sanitario consolidado del Estado, que dificultan enormemente la elaboración y aprobación de las mismas en los plazos que establecen los pliegos".

2. Subobjetivo 3.2: ¿La Administración cumple con el régimen de pagos establecido contractualmente?

Según la cláusula 18.5 del PCAP "La Administración tendrá obligación de abonar los pagos a cuenta dentro de los dos meses siguientes a la fecha de conformidad de las correspondientes facturas. Si la demora en el pago fuese superior a dos meses el contratista podrá proceder, en su caso, a la reclamación de intereses de demora, de acuerdo con la normativa autonómica sobre la materia vigente en cada momento".

Gráfico 20. Periodo medio de pago de las facturas relativas a los pagos a cuenta



Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por el concesionario

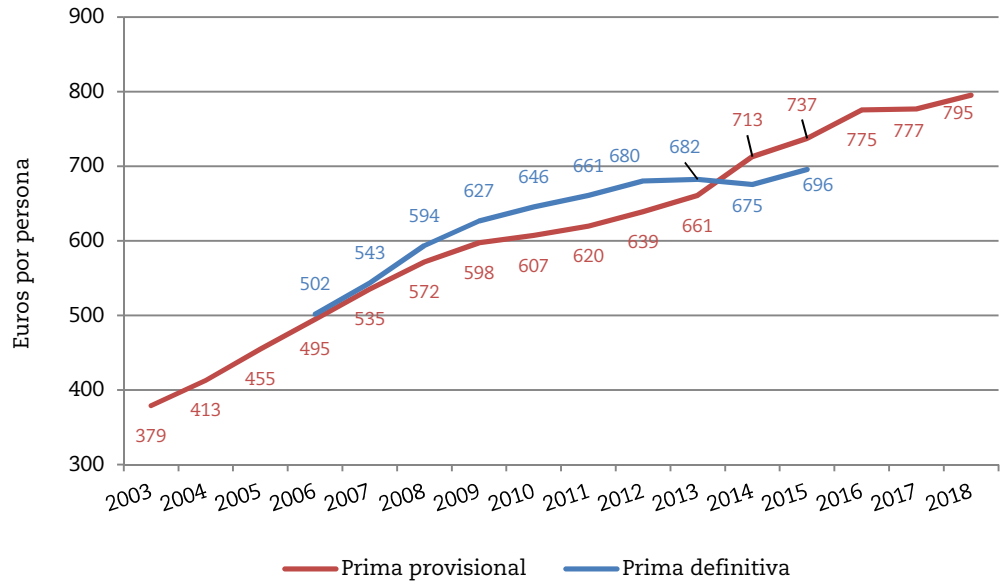
El obligado al pago de la deuda dineraria surgida como contraprestación en operaciones comerciales, en este caso la Conselleria de Sanitat, ha

incurrido en mora y deberá pagar el interés pactado en el contrato o el fijado por la Ley 3/2004 automáticamente por no pagar en el plazo pactado o legalmente establecido, sin necesidad de aviso de vencimiento ni intimación alguna por parte del acreedor[29]. Debido a ello, el concesionario ha presentado ante el órgano de contratación tres escritos reclamando formalmente el abono de 8 millones de euros en concepto de intereses de demora devengados.

3. Subobjetivo 3.3: ¿Se ha actualizado anualmente la prima *per cápita* de acuerdo con el pliego de cláusulas administrativas particulares?

La evolución de la prima *per cápita*, tanto la provisional (que es la utilizada para determinar los pagos a cuenta) como la definitiva (que da lugar a diferencias de precio a incluir en las liquidaciones anuales), ha sido la siguiente desde el inicio de la formalización de los contratos de concesiones en el año 2003:

Gráfico 21. Evolución de la prima *per cápita* en los contratos por concesión administrativa de la asistencia sanitaria



Fuente: Servicio de Gestión Presupuestaria (Dirección General de Recursos Humanos y Económicos)

Prima provisional

Según esta Sindicatura, la variación de la prima *per cápita* provisional- que es la utilizada para determinar el importe de los pagos a cuenta de cada ejercicio- es razonable en función de la cláusula 19ª del PCAP en el periodo 2006-2013. Sin embargo, las variaciones aplicadas por la Conselleria en los ejercicios 2014, 2015 y 2016 superan el límite máximo establecido en los

[29] Artículo 5 de la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales.

pliegos que viene determinado por el incremento experimentado por el gasto total sanitario público del Estado.

En el ejercicio 2018, el informe económico elaborado por la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos sí ha respetado la citada cláusula 19ª y ha fijado la variación de la prima provisional en el techo máximo (el incremento del presupuesto sanitario público del Estado[30]).

Prima definitiva

La Conselleria ha considerado para revisar los precios lo manifestado por el Consell Jurídic Consultiu en su informe no vinculante de 19 de enero de 2012 sobre la consulta facultativa acerca del sistema de revisión de precios contenida en el PCAP del contrato de concesión sanitaria integral en el Departamento de Salud de Denia. Dicho informe estima ajustada a la cláusula 19ª la fórmula siguiente: la *cápita* del año es el resultado de multiplicar la *cápita* del año anterior por el menor índice entre el incremento del presupuesto capitativo de la Generalitat y el gasto consolidado del Estado, y en cualquier caso con el límite mínimo del IPC.

El Consell Jurídic Consultiu estima que nada obsta, en la interpretación de la cláusula 19ª del PCAP, a entender el "presupuesto" como el presupuesto definitivo o liquidado. Así, según esta interpretación, la prima *per cápita* debe ser revisada cuando se disponga del presupuesto sanitario capitativo real de la Comunitat Valenciana. Si bien dicho modo de cálculo hubiese gozado de mayor lógica desde el punto de vista económico, la literalidad de los pliegos del contrato es clara.

Impacto económico de la discrepancia en relación con la cláusula de revisión

Esta Sindicatura considera que el dato a tomar en cuenta para la revisión de precios debe ser el de los créditos aprobados por la Ley de Presupuestos de la Generalitat, tal como literalmente establece el pliego, y no el presupuesto definitivo o liquidado tal y como defienden la Conselleria y el propio concesionario, basándose en el dictamen del Consell Jurídic Consultiu.

Esta discrepancia de criterio en el cálculo de la prima ha supuesto que el precio final del contrato abonado en el periodo 2006-2016 haya sido

[30] El resto de contratos de concesión firmados con posterioridad (Dénia, Manises y Elx-Crevillent), incluyeron en la cláusula 19.1 la matización siguiente: "Si en el momento de proceder a la actualización de la prima *per cápita* no se tuvieran datos definitivos sobre el gasto sanitario público consolidado del Estado que debe aplicarse, se llevará a cabo una revisión provisional, tomando como referencia el incremento inicial del presupuesto sanitario público del Estado para el ejercicio en cuestión." La Conselleria interpreta que este dato corresponde a los créditos iniciales en materia de sanidad del conjunto de comunidades autónomas, tomando como fuente de información la estadística "Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social Administración" (disponible en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

aproximadamente 108,6 millones superior al precio que se deriva de la literalidad de los pliegos.

Cuadro 24. Sobreestimación en el precio abonado para el periodo 2006-2016. En euros

Año	Población protegida	Prima abonada[31]	Prima según SC[32]	Diferencia	Meses	Impacto en precio[33]
	A	B	C	D = B - C	E	F = A x D x E / 12
2006	183.466	501,84	479,53	22,31	2,5	852.735
2007	175.155	543,49	519,43	24,06	3	1.053.556
2007	154.552	543,49	519,43	24,06	9	2.788.890
2008	167.913	593,71	543,17	50,54	12	8.486.323
2009	173.079	626,72	572,39	54,33	12	9.403.382
2010	172.815	645,52	576,97	68,55	12	11.846.468
2011	173.760	661,01	594,28	66,73	12	11.595.005
2012	163.421	680,18	608,54	71,64	12	11.707.480
Ejercicios liquidados						**57.733.841**
2013	158.006	660,83	626,19	34,64	12	5.473.328
2014	157.275	712,77	628,13	84,64	12	13.311.756
2015	155.883	737,19	648,54	88,65	12	13.819.028
2016	156.029	775,45	658,14	117,31	12	18.303.762
Ejercicios no liquidados						**50.907.874**
Total						**108.641.715**

Fuente: Elaboración propia

4. Subobjetivo 3.4: ¿Las liquidaciones anuales reflejan fielmente los gastos e ingresos incurridos por ambas partes?

El precio final del contrato en el periodo 2006-2012 asciende a 628.025.986 euros, según se desprende de las liquidaciones aprobadas mediante resoluciones del conseller de Sanitat de 30 de diciembre de 2014.

[31] Para cuantificar el impacto en precio abonado, hemos tomado la prima efectivamente satisfecha, que para el período 2006-2012 es la prima definitiva aplicada en las liquidaciones, y para el período 2013-2016 es la prima provisional aplicada en los pagos a cuenta.

[32] Prima calculada por la Sindicatura aplicando la literalidad de la cláusula 19ª de los PCAP.

[33] Para los ejercicios 2006-2012, el impacto es consecuencia de comparar las *cápitas* definitivas por la población incluida en las liquidaciones de dichos ejercicios. Para los ejercicios 2013-2017, el impacto es el resultado de la diferencia entre la *cápita* abonada mediante pagos a cuenta con la *cápita* definitiva según la Sindicatura y multiplicada sobre la población media anual resultante de SIP.

Cuadro 25. Resumen de las liquidaciones 2006-2012. En euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
1. Importe abonado efectivamente en concepto de pagos a cuenta	14.693.560	85.221.239	88.343.109	101.947.224	104.306.044	106.020.422	111.570.883	612.102.481
2. Saldo a favor del concesionario	**4.965.495**	**9.558.542**	**21.473.383**	**25.626.032**	**22.737.563**	**21.353.041**	**10.590.922**	**116.304.977**
2.1. Importe pendiente de abonar retenido en concepto de nómina	773.345	0	0	0	0	1.000.000	0	1.773.345
2.2. Importe +/- diferencias de población	3.514.242	(561.268)	7.480.297	1.222.670	616.934	690.227	(7.128.469)	5.834.634
2.3. Pacientes no departamento de Torrevieja	416.531	9.672.520	12.509.537	14.935.186	14.048.558	12.410.151	10.925.459	74.917.941
2.4. Incentivo por ahorro en farmacia	261.377	174.114	0	717.142	0	0	0	1.152.632
2.5. Revisión prima *per cápita*	0	273.176	1.444.373	8.674.371	6.632.645	7.146.769	6.713.338	30.884.672
2.6. Otros conceptos	0	0	39.176	76.663	1.439.425	105.894	80.594	1.741.753
3. Saldo a favor de la Conselleria	**4.659.623**	**15.249.254**	**14.804.889**	**18.086.371**	**15.944.523**	**16.601.127**	**15.035.685**	**100.381.472**
3.1. Pacientes departamento Torrevieja atendidos	3.214.330	9.533.178	9.089.465	12.011.432	10.005.892	10.365.932	9.573.897	63.794.126
3.2. Canon por uso de inmuebles	49.598	248.067	251.539	253.551	261.158	267.425	275.181	1.606.518
3.3. Nómina personal Conselleria	1.072.701	4.802.412	4.681.188	4.696.095	4.603.722	4.341.574	3.551.704	27.749.396
3.4. Otros conceptos	322.994	665.597	782.697	1.125.293	1.073.752	1.626.197	1.634.903	7.231.432
Precio final del contrato (1 + 2 - 3)	**14.999.432**	**79.530.527**	**95.011.603**	**109.486.885**	**111.099.084**	**110.772.336**	**107.126.120**	**628.025.986**

Fuente: Resoluciones del conseller de Sanitat de fecha 30 de diciembre de 2014

Según el análisis cuantitativo y cualitativo realizado por esta Sindicatura, el órgano de contratación se ha ajustado, con carácter general, a los pliegos en la elaboración de las liquidaciones anuales emitidas en la ejecución del contrato, excepto en lo que se refiere a los siguientes importes y conceptos:

- 57,7 millones de euros debido a que la fórmula de cálculo de la *cápita* utilizada por la Conselleria de Sanitat no se ajusta a la literalidad de la fórmula establecida en el Pliego de Cláusulas Administrativas (ver subobjetivo 3.3).

- 2,5 millones de euros a favor de la Conselleria que corresponden a gastos pagados por la Administración y que han sido resarcidos por el concesionario. Estos gastos no están contemplados explícitamente en los pliegos del contrato y en nuestra opinión no responden a causas excepcionales o imprevistas.

- 1,4 millones de euros a favor del concesionario que corresponden a gastos incurridos por el mismo durante el ejercicio 2010 por la dispensación de los fármacos que pasaron a ser de disposición hospitalaria a pacientes ambulatorios. Estos gastos -por ser posible causa de ruptura de equilibrio económico del contrato-, debieron ser resarcidos por la Conselleria mediante un expediente de enriquecimiento injusto, tal y como se hizo con este concepto de gasto en los ejercicios 2011 y 2012.

En opinión de esta Sindicatura, pretender compensar económicamente al concesionario o a la Administración por otros conceptos distintos de los establecidos en los pliegos que rigen el contrato, no tiene cabida *estricto sensu* en la liquidación anual, que es la que determina el precio anual definitivo del contrato. Se debe recordar que este precio va destinado a cubrir los costes a que se refiere la cláusula 4.2 del PCAP. Sin embargo, lo anterior no implica necesariamente no compensar lo que no se ajuste estrictamente a los parámetros expuestos, sino única y exclusivamente que la compensación se articule, en su caso, por otras vías distintas a incluirla en el acto administrativo de liquidación del precio del contrato. En particular, en aquellos casos en que el hecho es imputable a la actuación administrativa y concurre la circunstancia de que la Administración ha recibido una prestación adecuada y satisfactoria para el interés público, hace evidente la existencia de una obligación de resarcimiento al tercero por el desequilibrio patrimonial ocasionado.

A este respecto, con fecha 15 de julio de 2014 el órgano de contratación aprobó el expediente de resarcimiento ER 41/2014 por un importe total de 45,9 millones de euros que recogía los conceptos que se señalan en el cuadro siguiente, con arreglo al criterio de la Abogacía General de la Generalitat -en informes de 31 de julio y 25 de noviembre de 2015- y de la Viceintervención General para la Administración Sanitaria -en un

informe de 14 de julio de 2014- sobre la base de determinados acuerdos adoptados en reuniones de la Comisión Mixta.

Cuadro 26. Gastos satisfechos mediante expediente de resarcimiento ER 41/2014. En euros

Motivo	Importe
Cambio de criterio de adscripción temporal de médico	2.412.039
Atención primaria y consultas de enfermería a foráneos	30.857.281
Farmacia de receta que ha pasado a ser de dispensación hospitalaria a pacientes ambulatorios	3.969.222
Urgencias asistidas en centros de salud integrados	8.588.446
Pacientes no acreditados atendidos durante el año 2006 y primer semestre de 2007, en el caso de urgencias no ingresadas	172.992
Total	**45.999.980**

Fuente: Resolución del conseller de Sanitat de fecha 15 de julio de 2014

Por otra parte, el concesionario presentó el 4 de julio de 2016 escrito de demanda ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana para reclamar el restablecimiento del equilibrio financiero del contrato como consecuencia de la concurrencia a su juicio de diversas circunstancias que han dado lugar a importantes perjuicios económicos, que cuantifica en 53,6 millones de euros desde el inicio del periodo de concesión hasta el 31 de diciembre de 2015. A este respecto, la Conselleria entiende que "La pretensión de reequilibrio económico que formula la concesionaria no está fundamentada en su escrito de demanda. La demandante hace una estimación de posibles perjuicios económicos sin ningún rigor económico, basándose en un informe pericial carente de objetividad y que contiene multitud de errores que han sido rebatidos con lo alegado" en el escrito de 22 de septiembre de 2016 firmado por el subdirector general de Recursos Económicos.

En la fecha de elaboración de este Informe, el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana no ha resuelto el procedimiento, por lo que se desconoce cuál puede ser el impacto económico definitivo de la demanda realizada por el concesionario.

APÉNDICE 6. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acuerdos de gestión: Son los compromisos de objetivos de mejora para el conjunto del sistema sanitario, que se fijan de forma particular para cada departamento sobre aspectos relacionados con los resultados asistenciales, así como con la sostenibilidad y eficiencia en la utilización de los recursos.

Alumbra: Aplicación informática de la Conselleria de Sanitat que integra la información más relevante de los distintos sistemas de información sanitarios, tanto asistenciales como de gestión.

Camas hospitalarias: Aquellas destinadas a la atención continuada de pacientes ingresados, incluyendo las incubadoras, las cunas de áreas pediátricas y las camas destinadas a cuidados especiales. Se distingue entre cama instalada y cama funcionante. Las camas instaladas son la dotación de la que dispone el centro a 31 de diciembre, que esté en condiciones de funcionar, aunque no lo haga por no contar con el personal y equipamiento necesario, estar fuera de servicio por obras, etc... Por su parte, la dotación de camas funcionantes se refiere a las que han estado efectivamente funcionando durante el año. Entre estas se considera el promedio anual de las que hayan estado en servicio con independencia del grado de utilización u ocupación que hayan tenido. No incluye las camas habilitadas, entendidas como aquellas, que no forman parte de la dotación fija del centro, pero que se han utilizado en circunstancias especiales de sobrecarga asistencial.

***Cápita*:** Precio unitario que anualmente percibe el concesionario por cada persona incluida en la población protegida. Es la base sobre la que se establece el precio del contrato y cubre los servicios delimitados en su objeto (asistencia sanitaria y construcción del hospital). La *cápita* o prima inicial fijada en el contrato está sujeta a cláusula de revisión anual.

Cartera de servicios: Es la oferta de servicios y especialidades mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias a la población.

Categoría diagnóstica mayor (CDM): Cada uno de los grupos mutuamente excluyentes (en inglés "Major Diagnostic Categories") en que se clasifican los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Los diagnósticos de cada categoría corresponden a un determinado sistema orgánico (respiratorio o circulatorio o digestivo, etc.). Las enfermedades que implican tanto un sistema orgánico como una etiología en particular, por ejemplo, neoplasia maligna del riñón, se asignan a la categoría correspondiente del sistema orgánico. Existen además unas categorías residuales, que por su singularidad no pueden ser asignadas a categorías basadas en el sistema orgánico, como por ejemplo enfermedades infecciosas sistémicas, grandes traumatismos, grandes quemados o

neoplasias mal diferenciadas y la precategoría 0 que contiene los GRD singulares.

Coeficiente de transferencia de servicios: Índice corrector que se aplica al precio de los servicios prestados por el concesionario incluidos en la "facturación intercentros" que supone una minoración del importe a facturar.

Comisión Mixta de Seguimiento: Órgano colegiado para el seguimiento del contrato, al que los pliegos conceden competencias de control sobre las obligaciones impuestas al concesionario.

Compas: Aplicación informática de la Conselleria de Sanitat que cuantifica económicamente la información sobre las asistencias sanitarias prestadas, permitiendo el análisis de los flujos de pacientes entre centros hospitalarios.

Conjunto mínimo básico de datos (CMBD): Sistema de información que recoge datos sobre los episodios de ingreso hospitalario. Para cada paciente atendido, se incluyen los datos demográficos habituales (edad, sexo, localidad de residencia), el diagnóstico que ha motivado el ingreso (diagnóstico principal), los factores de riesgo, comorbilidades y complicaciones que presenta el paciente durante el ingreso (diagnósticos secundarios), las técnicas diagnósticas relevantes y las intervenciones terapéuticas, sobretodo de tipo quirúrgico, que han sido utilizadas para tratar al paciente (los procedimientos). También consta la fecha de ingreso y de alta del paciente, así como su circunstancia de ingreso (urgente, programada) y la circunstancia de alta del paciente (alta a su domicilio, defunción, traslado a otro hospital, etc…).

Contraprestación capitativa: Es la parte del precio anual del contrato (liquidación anual) que está calculada en base a la *cápita* y a la población. Incluye el importe de los pagos a cuenta, así como las diferencias surgidas por altas y bajas producidas en la población protegida durante el ejercicio, y por la revisión de la *cápita* definitiva.

Dotación tecnológica: Inventario de equipos en alta tecnología sanitaria según el Catálogo Nacional de Hospitales. Es el número de equipos en funcionamiento a 31 de diciembre, sean o no propiedad del departamento de salud y con independencia de que estén gestionados por empresas o particulares ajenos.

Facturación intercentros: Es uno de los componentes del precio del contrato. La Conselleria de Sanitat repercute el valor económico de los procesos y actos médicos realizados exclusivamente por los servicios de asistencia especializada de titularidad pública y gestión directa a la población protegida de la concesión; y recíprocamente, el concesionario repercute el valor económico de los servicios de asistencia especializada prestados a pacientes nacionales o extranjeros, que contando con

cobertura sanitaria pública, no pertenezcan a la población protegida dependiente del concesionario.

En esta facturación "intercentros", el coeficiente de "transferencia de servicios" será el 0,85. En virtud de ello, cuando la Conselleria facture al concesionario por cada "proceso o acto médico" que ha realizado, lo hará de acuerdo con el precio regulado por la Ley de Tasas de la Generalitat. Sin embargo, cuando el concesionario facture a la Conselleria, dicho precio será como máximo el 85% del fijado en la citada Ley.

Facultativos: Colectivo que incluye los médicos de atención primaria (médicos de medicina general y pediatría) y médicos de atención especializada.

Florence Clinic: Aplicación informática corporativa utilizada por el concesionario. Es el sistema de información hospitalaria de gestión de paciente, que incluye, entre otras funcionalidades, la historia clínica electrónica.

Gasto corriente sanitario público: Es el gasto corriente en asistencia sanitaria, calculado a partir de las obligaciones reconocidas en los capítulos 1 y 2 en los programas presupuestarios gestionados por la Dirección General de Asistencia sanitaria (313.20 "Drogodependencias y otras adicciones", 412.22 "Asistencia sanitaria", 412.24 "Prestaciones externas", 412.26 "Personal sanitario residente" y 412.28 "Salud mental y atención sanitaria de media y larga estancia"), descontado el gasto en oxigenoterapia y en transporte sanitario (que se financian a cargo de la conselleria con independencia de la fórmula de gestión adoptada en cada departamento de salud). Para facilitar la comparabilidad y, al mismo tiempo, garantizar la homogeneidad de este concepto, a los datos anteriores se han incorporado el efecto económico de las asistencias interdepartamentales y otros ajustes extracontables para reflejar el gasto real.

Gasto corriente sanitario público per *cápita*: Se define como los fondos públicos por habitante perteneciente a su población protegida destinados a financiar los gastos corrientes de cada uno de los departamentos de salud y que están relacionados con la prestación de asistencia sanitaria. La ratio es el cociente de dividir el "gasto corriente sanitario público" entre la población protegida de cada uno de los departamentos de salud.

Grupo relacionado por el diagnóstico (GRD): Sistema de clasificación de los episodios de hospitalización mediante el cual se identifican pacientes similares desde el punto de vista clínico y en los que se espera un consumo similar de recursos.

Libre elección: Derecho que asiste a la población protegida consistente en hacer uso por su propia voluntad (fuera de los supuestos de urgencia y derivación) de cualquiera de los hospitales de la red pública de

hospitales de la Conselleria de Sanitat, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en la normativa vigente.

Liquidación anual: Es el estado económico que el órgano de contratación debe aprobar para reflejar el precio definitivo del contrato compuesto por la parte estrictamente capitativa, la facturación intercentros, el incentivo por ahorro en la prestación farmacéutica, el canon por uso de inmuebles y aquellos otros que por causas excepcionales o imprevistas no estuvieran recogidos en el pliego o fueran necesarios para una correcta valoración del precio final anual de las prestaciones objeto del contrato, previa aprobación de la Comisión Mixta de Seguimiento.

Pagos a cuenta: Su importe es el resultado de multiplicar la *cápita* o prima por persona establecida para cada año por la población protegida del departamento a 30 de septiembre del año anterior, dividiendo la cantidad que resulte por las doce mensualidades.

Población de derecho: Es el número de personas que oficialmente tenían su residencia en el municipio en la fecha de referencia.

Población protegida: Es el conjunto de la población a la que van dirigidos básicamente los servicios públicos objeto del contrato. Se determina a través del Sistema de Información Poblacional (SIP) y se entiende compuesta por las personas que tengan en cada momento asignado médico de atención primaria dentro del ámbito territorial del contrato.

Segmentación: Clasificación utilizada en el Informe para presentar los resultados de los hospitales y departamentos de salud en función de su tamaño y cartera de servicios. Esta clasificación es la utilizada por la Conselleria de Sanitat para evaluar los Acuerdos de Gestión 2016 (ver cuadro 3 en el apéndice 1).

Tasa interna de rentabilidad (TIR): Es la tasa de descuento que iguala los flujos de caja positivos y negativos que se generan en un proyecto de inversión. Si los flujos de caja que produce la inversión a lo largo de la vida del proyecto se traen a valor presente (descontándolos de la tasa de rentabilidad interna) y se le resta el flujo negativo inicial, se obtiene una cantidad nula. Es uno de los criterios generalmente aceptados en el mercado financiero utilizado para evaluar una inversión.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AP	Atención primaria
AVS	Agencia Valenciana de Salud
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
CSUSP	Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública
DS	Departamento de Salud
GRD	Grupo relacionado por el diagnóstico
HACLE	Hospital de atención a crónicos y larga estancia
IPC	Índice de precios al consumo
LEQ	Lista de espera quirúrgica
PCAP	Pliego de cláusulas administrativas particulares
PPTP	Pliego de prescripciones técnicas particulares
RECLE	Registro central de lista de espera
RUF	Registro unificado de facturas
SIP	Sistema de Información Poblacional
SUH	Servicio de urgencias hospitalarias
TIR	Tasa interna de rentabilidad
TRLCAP	Texto Refundido de la Ley de Contratos de Administraciones Públicas
UDCA	Unidad de Documentación Clínica y Admisión

TRÁMITE DE ALEGACIONES

Previamente al trámite de alegaciones y conforme a lo previsto en las secciones 1220 y 3200 del *Manual de fiscalización* de esta Sindicatura, se remitió el 7 de junio de 2018 a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública y a la entidad concesionaria del servicio, el documento de trabajo que recogía los principales aspectos de la fiscalización realizada (objetivo y alcance de la auditoría, conclusiones, recomendaciones, observaciones y evidencias obtenidas) una vez finalizada la fase del trabajo de campo. Este documento de trabajo fue comentado con personal directivo de la concesionaria en una reunión mantenida el 2 de julio de 2018 y comentado igualmente con personal responsable de la Conselleria de Sanitat en una reunión mantenida el 17 de septiembre de 2018.

En el borrador del Informe elaborado a partir del citado documento de trabajo se recogieron, en su caso, las observaciones y se efectuaron las modificaciones que se consideraron oportunas por esta Sindicatura, derivadas de la fase a que antes se ha hecho referencia.

Posteriormente, en cumplimiento del artículo 16 de la Ley de la Generalitat Valenciana 6/1985, de 11 de mayo, de Sindicatura de Comptes, de acuerdo con la redacción dada por la Ley de la Generalitat Valenciana 16/2017, de 10 de noviembre, y del artículo 55.1.c) del Reglamento de Régimen Interior de la Sindicatura de Comptes, así como del acuerdo del Consell de esta Institución por el que tuvo conocimiento del borrador del Informe, este fue remitido el 27 de septiembre de 2018 a la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública y a la entidad concesionaria para que formularan las alegaciones que estimasen convenientes, finalizando el plazo para ello el 15 de octubre de 2018.

Dentro del plazo concedido, el concesionario ha formulado las alegaciones que ha considerado pertinentes. La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública no ha presentado alegaciones.

En relación con el contenido de las alegaciones y su tratamiento, es preciso señalar lo siguiente:

1) Todas ellas han sido analizadas detenidamente.

2) Las alegaciones admitidas se han incorporado al contenido del Informe.

En los anexos I y II se incorporan el texto de las alegaciones formuladas y el informe motivado que se ha emitido sobre las mismas, que ha servido para su estimación o desestimación por esta Sindicatura.

APROBACIÓN DEL INFORME

En cumplimiento del artículo 19.j) de la Ley de la Generalitat Valenciana 6/1985, de 11 de mayo, de Sindicatura de Comptes de acuerdo con la redacción dada por la Ley de la Generalitat Valenciana 16/2017, de 10 de noviembre y del artículo 55.1.h) de su Reglamento de Régimen Interior y, de los Programas Anuales de Actuación de 2017 y 2018 de esta Institución, el Consell de la Sindicatura de Comptes, en reunión del día 29 de octubre de 2018, aprobó este Informe de fiscalización.

SINDICATURA DE COMPTES

VICENT| CUCARELLA|TORMO
Síndic major
2018.11.05 08:52:25 +01'00'

ANEXO I

Alegaciones presentadas

TORREVIEJA SALUD UTE

ALEGACIONES.

AUDITORIA OPERATIVA DE LA ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TORREVIEJA.

EJERCICIOS 2003-2016

INDICE ALEGACIONES

1. PUNTO 1 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 3, PARRAFO 1……PAGINA 3
2. PUNTO 1 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 11, LETRA J …….. PAGINA 4
3. APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 13, LETRA M……PAGINAS 5 A 8
4. APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 13, LETRA O…….. PAGINAS 9 A 11
5. APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 13, LETRA P…… PAGINAS 12 A 16
6. APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 13, LETRA V…… PAGINAS 17 A 21
7. APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 24, PARRAFOS 2 Y 3……PAGINAS 22 A 24
8. APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 27, ULTIMO PARRAFO…… PAGINAS 25 A 26
9. APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 30, PARRAFO 2 …… PAGINAS 27 A 28
10. APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 31, PARRAFO 3……..PAGINAS 29 A 31
11. APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 34, PARRAFO 1……..PAGINA 32
12. APENDIECE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 35, PARRAFO 1…… PAGINA 33
13. APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 39, SUBOBJETIVO 1.6…….. PAGINA 34
14. APENDICE 4 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 45, SUBOBJETIVO 2.1……PAGINA 35
15. APENDICE 4 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 53 Y 54. SUBOBJETIVO 2.7…… PAGINAS 36
16. APENDICE 4 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINAS 57 A 63 ……PAGINAS 37 A 38
17. APRECIACIONES AL INFORME. COMPARATIVA INFORME MANISES……..PAGINAS 39 A 40
18. ANEXOS 1 A 4

ALEGACION 1:

PUNTO 1 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 3, PARRAFO 1

Contenido de la alegación:

En el apartado “Cifras y hechos clave”, dentro de los ítems que guardan relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía, en su gráfico de coste laboral, se indica **27,7€/hora** para la plantilla del DS Torrevieja

En la revisión del borrador, se aprecia diferencias entre los criterios utilizados para el cálculo de la jornada efectiva general en el caso de la información referente al personal estatutario, y los criterios de jornada efectiva utilizados para el personal laboral, haciendo que el denominador sea mayor, y por tanto que exista a nuestro juicio una menor diferencia porcentual del coste medio por hora entre personal laboral y personal estatutarios.

En la documentación justificativa de la ALEGACION 6, se recalcula el coste medio, utilizando los mismos criterios para el denominador que se han aplicado para Conselleria. De este modo, la fórmula empleada para obtener dicho coste medio ***[Coste Total /(Plantilla media * Horas Anuales efectivas*)]**, arrojaría un coste medio por hora de **28,6€/hora**. Por lo que el porcentual, pasaría de **11,4%**, a **8,6%** de diferencia entre el personal laboral y el estatutario.

ALEGACION 2:

PUNTO 1 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 11, LETRA J

Contenido de la alegación:

En el informe consta literalmente: "según el modelo frontera de evaluación de la eficiencia, el Departamento de Salud de Torrevieja es eficiente, al igual que los departamentos de La Plana,……". Consideramos que debiera constar en el informe que **el Departamento de Salud de Torrevieja es el más eficiente de los Departamentos de la red sanitaria pública de la Comunidad Valenciana**, y en todo caso, que comparte tal distinción con el Departamento del Elche-Crevillente, ya que eso es lo que se desprende del propio modelo de la eficiencia utilizado para este informe por la Sindicatura de Cuentas, tal y como queda registrado en el gráfico 1 de la página 11 del informe de la Sindicatura

Según dicho modelo de Eficiencia, el Departamento de Torrevieja sería el número 1 según el Principio de Economía (cápita), y el número 2 según el Principio de Eficacia (consecución de Acuerdos de Gestión).

DPTO. TORREVIEJA

DPTO. ELCHE CREVILLENTE

Ref. alegaciones CONFIDENCIAL

ALEGACION 3:

APARTADO 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PÁGINA 13, LETRA M

APÉNDICE 4 DEL BORRADOR DEL INFORME, PÁGINA 47, SUBOBJETIVO 2.3

Contenido de la alegación:

El Borrador de Informe remitido en fecha 27 de septiembre de 2018 por la Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana, bajo el título "*Auditoría Operativa de la Concesión de la Asistencia Sanitaria Integral en el Departamento de Salud de Torrevieja. Ejercicios 2013-2016*", con el objeto de someter a evaluación la asistencia sanitaria integral del Departamento de Salud de Torrevieja, con criterios de eficiencia, eficacia y economía, define tres objetivos formulados en términos de preguntas, de entre los cuales el objetivo segundo dispone:

> *"Objetivo 2: ¿Existe un sistema adecuado de control de la gestión realizada por el concesionario por parte de la Administración concedente?"*

Con la finalidad de dar respuesta al mismo, Sindicatura plantea seguidamente una serie de subobjetivos, siendo uno de ellos el siguiente:

> *"2.3 ¿La Administración ha autorizado la prestación de servicios con medios ajenos y se ha verificado que las prestaciones subcontratadas con terceros no exceden del 50% de la parte capitativa del precio?"*

Una vez determinados los objetivos y subobjetivos, concluye en relación con el control por parte de la Administración que "*m) La Administración no ha autorizado formalmente al concesionario a prestar servicios con medios ajenos, si bien las prestaciones subcontratadas con terceros no exceden del 50% de la parte capitativa del precio (ver subobjetivo 2.3 en el apéndice 4)*".

Respecto del referido subobjetivo y las conclusiones alcanzadas en el mismo, a continuación, se formula la siguiente alegación que se desarrollará, a su vez, en los tres subapartados siguientes:

A. Sobre los requisitos previstos en la Ley y el Pliego para la celebración de subcontratos: inexistencia de incumplimiento contractual por parte de la Concesionaria.

B. Sobre los efectos que la Jurisprudencia otorga al conocimiento por parte de la Administración de los subcontratos celebrados por la Concesionaria.

C. Conclusiones.

A. Sobre los requisitos previstos en la Ley y el Pliego para la celebración de subcontratos: inexistencia de incumplimiento contractual por parte de la Concesionaria

En el apartado 2.3 del apéndice 4, Sindicatura analiza la prestación de servicios con medios ajenos que ha venido produciéndose en el referido Departamento de Salud.

Sindicatura parte para ello de lo previsto en la cláusula 21.1 del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares (en adelante "PCAP"), relativa a la subcontratación, y sobre la cual extrae las siguientes obligaciones para el contratista

> *1º) "En el caso de subcontratar servicios sanitarios se requerirá la autorización de la Consellería.*
> *2º) En el caso de subcontratar servicios distintos a los sanitarios, se deberá dar conocimiento por escrito del contrato a la Administración.*

3º) Las prestaciones parciales que el adjudicatario subcontrate con terceros no pueden exceder del 50% del presupuesto del contrato."

Sindicatura concluye que las informaciones facilitadas por la Concesionaria sobre este extremo no subsanan el incumplimiento contractual relativo a la subcontratación en el que según aquélla se ha incurrido por parte de TORREVIEJA SALUD, al no tener constancia de que la Administración haya expedido por escrito autorizaciones expresas con anterioridad al inicio de la prestación de los servicios que efectivamente han sido subcontratados.

No obstante lo anterior, la Concesionaria considera imprescindible poner de manifiesto que **no existe tal incumplimiento contractual, en tanto que las subcontrataciones de servicios que se hayan podido realizar en el seno del Hospital de Torrevieja han contado con la autorización, si no expresa, tácita de la Conselleria, conocedora en todo momento de que determinados servicios se estaban prestando con medios ajenos a la Concesionaria.**

Prueba indiscutible de ello es que, tal y como recoge el Documento remitido por Sindicatura, TORREVIEJA SALUD informa que "*la Administración ha tenido la información de las entidades a las que la concesión venía derivando actividad asistencial*", añadiendo que "*la Conselleria conoció la subcontratación por el Hospital de Torrevieja del servicio de laboratorio, tal y como acredita el hecho de que éste disponga de autorización sanitaria independiente concedida por la propia Conselleria*". El Documento de Sindicatura se hace asimismo eco también de que por parte de la concesionaria "*en diciembre de 2016 se remitió información sobre externalizaciones sanitarias que fue requerida por la Dirección General de Recursos Económicos y Humanos*".

Pues bien, la conclusión de que el conocimiento por parte de la Administración de la prestación de servicios con medios ajenos en el Hospital de Torrevieja impide que esta situación pueda traducirse en un incumplimiento contractual, se apoya fundamentalmente en dos argumentos:

(i) En primer lugar, tal y como se ha expuesto anteriormente, si bien el PCAP exige autorización de la Conselleria para proceder a la subcontratación de servicios sanitarios, en dicho documento no se especifica en ningún momento que la autorización deba ser expresa;

(ii) En segundo lugar, el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2000 de 16 de junio (en adelante, "TRLCAP"), ley aplicable al contrato que une a TORREVIEJA SALUD con la Conselleria, únicamente exige entre los requisitos que establece en su artículo 115 para la celebración de subcontratos, que se dé conocimiento a la Administración del contrato a celebrar.

Así pues, lo que la Ley exige es simplemente que medie comunicación del contratista a la administración, y no que sea necesaria la previa autorización expresa de ésta, solo prevista en el TRLCAP para la subcontratación en los contratos de carácter secreto o reservado, o en aquellos cuya ejecución deba ir acompañada de medidas de seguridad especiales de acuerdo con disposiciones legales o reglamentarias o cuando lo exija la protección de los intereses esenciales de la seguridad del Estado, ex artículo 115.2. a).

(iii) En tercer lugar, y en cuanto al requisito del límite del importe del contrato del que no pueden exceder las prestaciones a subcontratar, el citado precepto del TRLCAP dispone que en caso de no haberse previsto en el Pliego, este no podrá superar el 50% del importe del contrato. Pues bien, tal y como concluye el propio Informe de Sindicatura, las prestaciones subcontratadas por la Concesionaria no han alcanzado dicho límite.

Como puede observarse, la regulación contenida en el TRLCAP se agota en lo atinente al límite máximo a la subcontratación y a los requisitos formales que ésta debía cumplir, en particular, el conocimiento de la Administración, ello además de la prohibición de subcontratar con quien no pudiera contratar con la Administración, que se consideraban los aspectos mínimos necesarios que la normativa de contratación debía regular. Ahí se agotaba la regulación.

De lo anterior se desprende que la Concesionaria ha actuado con plena sujeción a lo dispuesto por el artículo 115 del TRLCAP por cuanto como ha quedado acreditado, por una parte y tal y como el propio Informe de Sindicatura señala, "*las prestaciones subcontratadas con terceros no exceden del 50 %"*, y por otro, la Conselleria de Sanitat ha tenido y tiene conocimiento de los subcontratos celebrados por TORREVIEJA SALUD, en línea con lo previsto en el TRLCAP, y prueba de ello es que aun teniendo conocimiento de éstos nunca ha hecho objeción alguna a su ejecución.

B. Sobre los efectos que la Jurisprudencia otorga al conocimiento por parte de la Administración de los subcontratos celebrados por la Concesionaria

Llegados a este punto, no podemos olvidar que la jurisprudencia también ha concedido efectos, y en no pocas ocasiones, al conocimiento por parte de la Administración de subcontratos realizados por los contratistas, a pesar de no haber mediado autorización expresa ni comunicación por escrito de la celebración del referido subcontrato.

Es el caso de la Sentencia número 482/2011, de 7 de noviembre, de la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Barcelona. El caso planteado era el siguiente:

- La mercantil actora interpuso demanda para reclamar el pago por los trabajos ejecutados en unas obras de reurbanización. Dirigió su reclamación a la contratista de dichas obras, la cual subcontrató a la actora, así como frente al Ayuntamiento que adjudicó las obras a la contratista.

- La Sentencia de instancia estimó la demanda argumentando que:

> "***El Ayuntamiento conocía la subcontratación*** *(…) (d)e tal manera que si bien pudiera no haber existido una comunicación oficial del hecho de la subcontratación (…), ello no significa que* [el Ayuntamiento] *no conociera la existencia de dicha subcontratación y menos que no la hubiera autorizado,* ***pues, de la prueba practicada*** *(…)* ***se infiere que, efectivamente, durante la ejecución de la obra y en concreto cuando se realizaran las labores de asfaltado el propio ayuntamiento tuvo que cortar la calle al tráfico, luego era evidente que conocía de los trabajos allí realizados por la demandante y, en cualquier caso, como indica la sentencia citada no puede obviarse en caso como el de autos que cuando una administración pública adjudica unas obras e interviene como dueña de la obra son amplias y diversas las facultades de control e inspección que le asisten y que como consecuencia de las mismas dan lugar a un amplio conocimiento tanto de lo que se ejecuta como de todas las vicisitudes que en su seno surgen, entre ellas, la subcontratación****".*

- La Audiencia Provincial, apoyándose en diversas Sentencias del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala 1ª del Tribunal Supremo de fecha 16 de julio de 2003 y de 24 de enero de 2006), concluye en relación a este punto que:

> *"En definitiva, la anterior jurisprudencia nos permite afirmar que la subcontratista, ahora demandante, puede ejercitar frente al Ayuntamiento demandado la acción directa del art.1597 CC al no afectarle la legislación administrativa en la materia, y dado que, como se recoge en la instancia,* ***dicho Ayuntamiento tenía perfecto conocimiento de la subcontratación de la mercantil actora, aceptando tácitamente la misma: así se infiere de la necesaria intervención del Ayuntamiento en la obra en la medida en que (i) se reservó la dirección de las obras (…), y (ii) procedió a cortar el tráfico a fin de posibilitar su ejecución de los trabajos".***

Igualmente cabe traer a colación lo dispuesto en la **Sentencia número 338/2017, de 20 de marzo, de la Sección 1ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León,** la cual, ante un supuesto en el que no se solicita formalmente autorización administrativa prevista para la subcontratación de una actividad subvencionada, sostiene que existiendo conocimiento por parte de la Administración, si la subcontratación no hubiera sido de su conformidad, ésta debería haber requerido a la interesada para su subsanación. En este sentido, señala expresamente la misma:

> "(…) *el hecho de que la subcontratación fue puesto en conocimiento de la Administración, por lo que –**de no entenderse otorgada tácitamente la misma conforme a la base de la convocatoria antes transcrita- si aquélla entendiera que era necesaria la autorización de la misma, debió en base al principio de subsanación, requerir para que se interesara dicha autorización**, cosa que no hizo, por lo que ha de entenderse que, como deriva de las propias actuaciones de la Administración, dicha autorización no era requerida a juicio de la entidad administrativa."*

De conformidad con lo anterior, la **ausencia de autorizaciones expresas a la subcontratación de determinados servicios por parte del Hospital de Torrevieja no puede en modo alguno suponer un incumplimiento contractual, en tanto que el conocimiento suficiente de dichas subcontrataciones por parte de la Administración**, conocimiento que tal y como recoge el Documento remitido por Sindicatura, ha quedado debidamente acreditado, **es una autorización, si bien de naturaleza tácita**.

A lo anterior hay que añadir que, constando acreditada la existencia de tales subcontrataciones, en el presente supuesto, y al igual que sucede en el caso enjuiciado por la Sentencia que antecede, en ningún momento se ha efectuado requerimiento alguno por parte de la Administración a la Concesionaria cuyo objeto fuera la subsanación de la falta de solicitud de las autorizaciones e incluso la necesidad de las mismas. Ello, por tanto, confirma la concesión de la autorización, si quiera de forma tácita, y la conformidad por parte de la misma de las subcontrataciones realizadas.

C. Conclusiones

A la vista de todo lo expuesto, es posible concluir lo siguiente:

- La cláusula 21 del PCAP, no exige, cuando recoge la necesidad de contar con autorización para subcontratar servicios sanitarios, que ésta sea expresa.

- El artículo 115 del TRLCAP únicamente establece como requisito para la celebración de los subcontratos, el conocimiento por parte de la Administración del contrato a celebrar, y no la previa autorización por ésta del mismo.

- Los subcontratos realizados por TORREVIEJA SALUD han sido conocidos por la Conselleria, tal y como así reconoce el Borrador de Informe.

- De manera que TORREVIEJA SALUD ha contado con autorización tácita por parte de la Conselleria para la formalización de los referidos subcontratos.

- En consecuencia, no se ha producido incumplimiento contractual alguno por parte de la Concesionaria.

- La jurisprudencia otorga efectos al conocimiento que la Administración tenga de los subcontratos celebrados, aunque no haya mediado comunicación o autorización expresa.

- Asimismo, la jurisprudencia tiene en cuenta, a efectos de determinar la necesidad o no de la autorización, el hecho de que por parte de la Administración se hayan efectuado los correspondientes requerimientos. En virtud de lo anterior, y puesto que no ha mediado requerimiento alguno por parte de la Conselleria, deben entenderse conforme a derecho los subcontratos celebrados.

ALEGACION 4:

APARTADO 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PÁGINA 13, LETRA O

APÉNDICE 4 DEL BORRADOR DEL INFORME, PÁGINA 50, SUBOBJETIVO 2.5

Contenido de la alegación:

En el Borrador del Informe remitido en fecha 27 de septiembre de 2018, la Sindicatura afirma en el párrafo séptimo del subobjetivo 2.5 en relación a las propuestas de inversiones que:

> *"En opinión de esta Sindicatura, la documentación soporte que hemos revisado nos permite concluir que si bien el Hospital ha mostrado con carácter general una total disposición para cumplir con los requisitos contractuales en esta materia, el contenido de la información suministrada es, con carácter general, limitado e insuficiente para permitir un control efectivo por parte de la Administración. (…)".*

Asimismo, llega a concluir en el párrafo décimo que:

> "*En conclusión, la Administración no ha ejercido una tutela efectiva sobre el concesionario, en materia de inversiones pues no consta que hayan aprobado formalmente los planes de inversión anuales desde el ejercicio 2009 ni tampoco los planes quinquenales presentados. Los servicios de la Conselleria no han exigido una información detallada que les permitiera conocer con detalle las actuaciones en materia de inversiones a realizar hasta que la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos hizo un requerimiento en este sentido en enero de 2018. (…)"*

Pues bien, a la vista de las conclusiones alcanzadas por Sindicatura, esta parte hace referencia a los siguientes aspectos, los cuales se corresponden con los apartados en los que se estructura esta alegación:

A. Sobre el carácter suficiente de la información transmitida por la Concesionaria a la Conselleria relativa a los planes de inversiones efectuados para la ejecución del Contrato.

B. Sobre la competencia que ostenta la Conselleria para la aprobación de las propuestas de inversión.

C. Conclusiones

A. Sobre el carácter suficiente de la información transmitida por la Concesionaria a la Conselleria relativa a los planes de inversiones efectuados para la ejecución del Contrato.

La Concesionaria en todo momento ha transmitido a la Conselleria cuanta información disponía sobre las inversiones realizadas y previstas en el Departamento de Salud de Torrevieja, tanto cuando así ha sido requerida para ello por la Administración como cuando no ha mediado requerimiento alguno.

Así lo reconoce la propia Sindicatura en el Borrador de Informe objeto de análisis, al indicar que "*el concesionario ha remitido la información relacionada con las inversiones realizadas y previstas que puntualmente le ha sido requerido por la Conselleria*"; y que "*el Hospital ha mostrado con carácter general, una total disposición para el cumplimiento de los requisitos contractuales en esta materia*".

No obstante lo anterior, la Sindicatura matiza que "*el contenido de la información suministrada, con carácter general, es excesivamente limitado e insuficiente para permitir un control efectivo por parte de la Administración*".

Pues bien, respecto de esta cuestión, esta Concesionaria no puede dejar de insistir en que el carácter "*limitado*" o "*insuficiente*" de dicha información no constituye un extremo imputable a esta parte sino a la propia Conselleria, quien en virtud de lo dispuesto en la Cláusula 16.1 del PCAP, estaba obligada a vigilar a través del Comisionado, de sus propios servicios técnicos, y de las auditorías que hubiera podido ordenar la correcta ejecución del Plan de Inversiones vigente.

Obligación dentro de la cual se incardinarían actuaciones como la remisión a la Concesionaria de pautas o indicaciones a seguir a la hora de transmitir la información relativa a las inversiones, así como apercibir a la Concesionaria.

Así pues, en el supuesto de que la información facilitada por la Concesionaria no hubiera resultado suficiente a la Conselleria para, en cumplimiento de lo previsto en la Cláusula 8.3 del PPTP, aprobar los planes de inversiones, ésta tendría que haber dado instrucciones a esta Concesionaria; máxime cuando de acuerdo con lo dispuesto en la Cláusula 6.3 del PPTP y respecto a la aprobación de las propuestas de planes de inversión anuales, la Conselleria podía incluso introducir variaciones en los conceptos contenidos en las citadas propuestas.

Sin embargo, la realidad es que en los años que la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torrevieja lleva de vigencia, esta Concesionaria no ha recibido apercibimiento alguno relativo a posibles deficiencias en la información remitida en materia de inversiones, no habiendo tampoco constancia, tal y como afirma la propia Sindicatura en el Borrador de Informe remitido, de que la Conselleria haya exigido dicha información con un formato y detalle concreto. A modo de ejemplo, hacer referencia a que en la Comisión Mixta de 9 de noviembre de 2016 la Conselleria se comprometió a elaborar "*un Protocolo para preparar dicha Acta de Dimensión*". Más de un año y medio más tarde la Concesionaria aún no ha elaborado el Protocolo prometido.

De tal forma, reconociéndose asimismo por Sindicatura que *"las peticiones solían ser muy escuetas, sin concretar nivel de desglose mínimo de la información a remitir",* queda claro que esta parte no contaba con medio alguno para conocer el grado de detalle y las formalidades que debían acompañar a la información que debidamente había venido remitiendo a la Conselleria.

A la vista de lo expuesto es posible concluir que **el carácter limitado o insuficiente que haya podido tener la información remitida por esta Concesionaria en materia de inversiones únicamente puede achacarse a una deficiente actuación de la propia Conselleria, en tanto que ha quedado probado que la Concesionaria ha actuado en todo momento diligentemente, mostrando una total disposición para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales en esta materia.**

B. Sobre la competencia que ostenta la Conselleria para la aprobación de las propuestas de inversión.

En estrecha relación con lo anteriormente indicado, esta Concesionaria considera necesario poner de relevancia que, como ya se ha adelantado, de acuerdo con lo dispuesto en la Cláusula 16.1 del PCAP y en la Cláusula 6.3 del PPTP, es la Conselleria quien ostenta la competencia para la aprobación de los planes quinquenales y de las propuestas de planes anuales.

Teniendo en cuenta que, como se ha expuesto y como ha reconocido la propia Sindicatura en su Informe, la Concesionaria siempre ha facilitado a la Conselleria información relacionada con las inversiones realizadas y previstas, tanto si así le ha sido requerido por la Conselleria como si no ha mediado requerimiento alguno, **la falta de aprobación**, a la que se hace referencia en el Borrador del Informe elaborado por Sindicatura **de los planes quinquenales presentados y (desde 2009) de los planes de inversión anuales, es atribuible exclusivamente a la propia Conselleria**.

Así viene a reconocerlo también Sindicatura en el Informe cuando indica que "(a)*l igual que los planes quinquenales, el órgano de contratación es quien ostenta la competencia para aprobar las propuestas de planes anuales de inversión*".

C. Conclusiones

A la vista de la argumentación expuesta, cabe poner de manifiesto las siguientes conclusiones en relación a las observaciones que en materia de inversiones se contienen en el Borrador del Informe remitido por Sindicatura:

i. Ha quedado suficientemente demostrado que la Concesionaria ha remitido a la Conselleria la información de la que disponía sobre las inversiones realizadas y previstas en el Departamento de Salud de Torrevieja.

ii. El carácter “limitado” o “insuficiente” de dicha información es atribuible a una falta de diligencia por parte de la Conselleria, al no haber exigido la información con un formato y detalle concreto ni haber apercibido a esta Concesionaria de que las informaciones facilitadas no le resultaban suficientes.

iii. La falta de aprobación de los planes quinquenales presentados y (desde 2009) de los planes de inversión anuales, resulta exclusivamente atribuible a la propia Conselleria, en tanto que de acuerdo con lo previsto en el PCAP y en el PPTP, es quien ostenta dicha competencia.

ALEGACION 5:

APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 13, LETRA P

APENDICE 4 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 56, SUBOBJETIVO 2.6

Contenido de la alegación:

En el subobjetivo 2.6 del Borrador del Informe de la "*Auditoría Operativa de la Concesión de la Asistencia Sanitaria Integral en el Departamento de Salud de Torrevieja. Ejercicios 2013-2016*", se analiza la contratación realizada por parte de TORREVIEJA SALUD II UTE del personal directivo.

Por su parte, en la letra p) del Apartado 3 se muestran las conclusiones alcanzadas en dicho Borrador respecto de este punto. En concreto, que *"[l]a Administración no ha autorizado formalmente el nombramiento del personal directivo"*.

Respecto del referido subobjetivo y las conclusiones alcanzadas en el mismo, a continuación, se formula la siguiente alegación que se desarrollará, a su vez, en los tres subapartados siguientes:

D. Sobre los antecedentes de hecho más relevantes a tener en consideración a efectos del procedimiento para la contratación del personal directivo en el marco del Contrato.
E. La Concesionaria no ha incumplido ninguna Cláusula del Contrato ni de sus Pliegos.
F. Conclusión.

A. Sobre los antecedentes de hecho más relevantes a tener en consideración a efectos del procedimiento para la contratación del personal directivo en el marco del Contrato.

1. Sobre lo indicado en los Pliegos y en el Contrato

En fecha 21 de marzo de 2003 fue suscrito el Contrato de gestión de Servicios Públicos por Concesión del Departamento de Salud de Torrevieja (en adelante, *"el Contrato")* entre TORREVIEJA SALUD, y la Conselleria de Sanidad.

Pues bien, del Contrato y de los Pliegos que rigen el mismo, destacaremos las siguientes Cláusulas:

- El apartado 3 de la Cláusula Séptima, en el que se dice expresamente: *"[l]a Contratación del personal directivo requerirá la previa autorización de la Conselleria de Sanidad. Para ello, el concesionario elaborará la correspondiente propuesta, especificando los requisitos y condiciones del puesto o puestos requeridos, acompañando memoria justificativa de la necesidad de los mismos"*.

- Los apartados 7 y 8 de la Cláusula 17 del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares (en adelante, *"PCAP*"), cuyo tenor literal dice así:

  > *"La concesión podrá organizar sus servicios de acuerdo con los criterios de gestión que estime oportunos, si bien deberá ubicar su equipo directivo en el nuevo Hospital de Torrevieja y hacer depender del mismo el resto de centros sanitarios gestionados por la concesión".*
  >
  > *"La empresa concesionaria deberá consensuar con la Conselleria de Sanidad la designación de los cargos directivos del Hospital y centros dependientes (tanto de atención primaria como en especializada), estando éstos obligados a asumir las directrices de la Conselleria en tanto a predicción y prevención de la enfermedad, promoción de la salud y educación sanitaria y asistencia sanitaria y rehabilitación".*

- La Cláusula 8 del Pliego de Prescripciones Técnicas Particulares (en lo sucesivo, *"PPT"*), en el que está prevista la constitución de una Comisión Mixta de Seguimiento de cuyos cometidos, entre otros,

destacaremos el previsto en la Cláusula 8.2 letra c) del PPT, esto es, el de *"vigilar el cumplimiento de las cláusulas de este contrato en todos sus aspectos"*.

2. Sobre la información facilitada por la Concesionaria a la Conselleria

(i) Sentando lo anterior, desde que surtiera efectos el Contrato hasta el día de hoy, para la contratación del personal directivo la Concesionaria siempre ha venido comunicando a la Conselleria de Sanidad la designación del referido personal.

A efectos de agilizar las citadas contrataciones, la referida comunicación, en la mayoría de los supuestos, se efectúa de forma verbal, habiéndose admitido expresamente esta forma de comunicación por parte de la Conselleria de Sanidad.

A título de ejemplo, es preciso hacer referencia **al Borrador del Acta de la Comisión Mixta de Seguimiento, de 2 de mayo de 2016,** del Departamento de Salud de Torrevieja. Pues bien, como puede apreciarse de la lectura de la misma:

a) El segundo punto del orden del día de dicha reunión fue el siguiente: *"Información sobre nombramientos en el Equipo Directivo"*.

Por tanto, en tanto que es la propia Conselleria la que fija el orden del día de la reunión, ninguna duda cabe de que la comunicación verbal está admitida expresamente por parte de dicha Administración para efectuar dichas designaciones (véase, también, a este respecto la propia **Convocatoria de la Comisión Mixta de Seguimiento, de 2 de mayo de 2016, del Departamento de Salud de Torrevieja que emitió en fecha 26 de abril de 2016 el Comisionado del Departamento**, la cual se adjunta como Anexo de este escrito de alegaciones).

b) En la página 3 del citado Borrador de Acta, además, hay constancia expresa de que la Concesionaria informó a la Conselleria de Sanidad de los nombramientos realizados desde la última sesión. A este respecto, véase **el Anexo de este escrito de alegaciones** al que en este punto nos remitimos.

(ii) Por todo lo anterior, al no haberse recibido en ningún momento requerimiento por parte de la Administración a las comunicaciones efectuadas por la Concesionaria, debe entenderse que la Conselleria ha mostrado siempre su conformidad al respecto.

(iii) Por su parte, no puede pasar inadvertido que, **en fecha 16 de enero de 2018, la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana dictó la Sentencia nº 27/2018 (recurso ordinario nº 248/2015-RJCA\2018\720-)** en cuyos Fundamentos de Derecho Quinto y Sexto, respecto de las Comisiones Mixtas de Seguimiento, se ponen de manifiesto, entre otras consideraciones, las siguientes:

- Su innegable naturaleza administrativa y con ello el carácter administrativo de los acuerdos adoptados por ésta, así como el carácter vinculante de los mismos;
- Que los acuerdos adoptados por dicha Comisión son actos administrativos, plenamente vinculantes y ejecutivos entre las partes, que gozan de plena eficacia.

(iv) A mayor abundamiento, pese a que la referida **Sentencia nº 27/2018 (recurso ordinario nº 248/2015)** fue recurrida, en su día, en casación por la Conselleria de Sanidad, se ha tenido conocimiento de que ha recaído Auto por el que la Sala Tercera de nuestro Tribunal Supremo inadmite el mismo.

En consecuencia, tan pronto dicho Auto adquiera firmeza, deberá confirmarse, paralelamente y por el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, la firmeza de la citada **Sentencia nº 27/2018 (recurso ordinario nº 248/2015)**.

Por tanto, dada la extrema similitud de ambos Contratos (el suscrito por la Conselleria de Sanidad con esta Concesionaria y el suscrito con la Concesionaria de Manises), es claro que dicha Sentencia

ha de tenerse en consideración en el presente Informe y, en concreto, a los efectos de los apartados que aquí se abordan.

3. Sobre la colaboración prestada por la Concesionaria a la Conselleria de Sanidad

(i) En fecha 30 de junio de 2017 fue extendida el Acta número 13321 relativa a la Inspección efectuada al Equipo Directivo del Departamento de Salud de Torrevieja.

Más concretamente, en la referida visita de inspección, el Inspector Médico solicitó a la Concesionaria determinada información y documentación, requerimiento que fue atendido *"in situ"* por la Concesionaria en la medida que le fue posible.

No obstante lo anterior, el referido Inspector Médico otorgó a la Concesionaria un plazo de 5 días para proceder a la remisión de la restante información/documentación indicada en el Acta de inspección.

(ii) Con posterioridad, en fecha 7 de julio de 2017, se realiza una nueva visita de Inspección al Departamento de Salud de Torrevieja, y ello a efectos de recoger la documentación pendiente de entrega por parte de la Concesionaria en fecha 30 de junio de 2017.

Respecto de dicha visita se extiende el Acta nº 13324 y en la misma consta que esta parte hizo entrega, entre otros documentos, de los siguientes:

1) Contratos y nombramientos de Gerencia, Director Económico, Director de Enfermería y Director Médico o, lo que es lo mismo, de los cuatro miembros que componen el equipo directivo del Departamento de Salud de Torrevieja.
2) Los TC2 de los últimos tres meses de los cuatro directivos citados con anterioridad.
3) Las nóminas de los últimos tres meses de los referidos cuatro directivos.
4) El organigrama del cuadro directivo del Departamento de Salud.
5) Documento en el que constaban la dedicación, los horarios y distribución de tareas por día semanales de los últimos tres meses de dichos cargos directivos.
6) Plano con la localización física de los despachos de dicho Equipo Directivo.

B. La Concesionaria no ha incumplido ninguna Cláusula del Contrato ni de sus Pliegos

1. Sobre la doctrina de los actos propios

En virtud de la doctrina de los actos propios la Conselleria de Sanidad no puede ir en contra de sus propios actos y actuar de manera contradictora, pues de no ser así se estarían cercenando los principios de buena fe y de confianza legítima garantes de la seguridad jurídica (véase el artículo 9.3 de la Constitución Española y el artículo 3.1 e) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público).

Por todas, da la razón a esta parte la **Sentencia del Tribunal Supremo, número 756/2005, de 13 octubre**, que dice:

> *"(…) **El principio general de derecho de que nadie puede ir válidamente contra sus propios actos** ha sido sancionado de antiguo por la jurisprudencia de esta Sala que tiene declarado en cuanto a su alcance que los actos propios contra los cuales no es lícito accionar son aquellos que, por su carácter trascendental o por constituir convención, causan estado, **definiendo inalterablemente la situación jurídica de su autor o aquellos que vayan encaminados a crear, modificar o extinguir algún derecho**, por lo que el citado principio sólo tiene aplicación cuando lo realizado se oponga a los actos que hubieren creado una relación o situación de derecho que no podía ser alterada unilateralmente por quién se hallaba obligado a respetarla (Sentencias, entre otras, de 16 de junio, 3246] y 5 de octubre de 1984, 22 de junio de 1987, 25 de septiembre y 5 de octubre de 1987, 25 de enero, 4 y 10 de mayo de 1989). (Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de febrero de 1990]). En igual sentido las Sentencias de 13 de junio de*

2000, 30 de marzo de 1999, 24 de octubre de 1998, 19 de mayo de 1998, 31 de diciembre de 1997, 6 de mayo de 1997, 29 de noviembre de 1996, 22 de junio de 1995, 27 de julio de 1993, 13 de junio de 1992, 26 de diciembre de 1991, 27 de noviembre de 1991, 11 de marzo de 1991 y 12 de julio de 1990)."

A este respecto, la exigencia de la buena fe en el ejercicio de los derechos y la prohibición del abuso del derecho viene establecida como un principio general del Ordenamiento en el **artículo 7 de nuestro Código Civil**, y la Jurisprudencia ha venido señalando "*que nuestro ordenamiento jurídico impone al ejercicio de cualquier derecho, cuales son, básicamente, las exigencias de la buena fe y la proscripción del abuso del derecho".*

A modo de ejemplo, la **Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 1 de febrero de 2006** razona lo siguiente:

> *"La doctrina del abuso de derecho se sustenta en la existencia de unos límites de orden moral, teleológico y social que pesan sobre el ejercicio de los derechos, y como institución de equidad, exige para poder ser apreciado, según recuerda la Sentencia de 18 de mayo de 2005 (recurso núm. 4708/98), con apoyo en reiterada doctrina jurisprudencial, una actuación aparentemente correcta que, no obstante, representa en realidad una extralimitación a la que la ley no concede protección alguna, generando efectos negativos (los más corrientes daños y perjuicios), al resultar patente la circunstancia subjetiva de ausencia de finalidad seria y legítima, así como la objetiva de exceso en el ejercicio del derecho (Sentencias de 8 de julio de 1986, 12 de noviembre de 1988, 11 de mayo de 1991 y 25 de septiembre de 1996); exigiendo su apreciación, en palabras de la Sentencia de 18 de julio de 2000 , una base fáctica que proclame las circunstancias objetivas (anormalidad en el ejercicio) y subjetivas (voluntad de perjudicar o ausencia de interés legítimo)".*

2. La Concesionaria no ha incumplido ninguna Cláusula del Contrato ni de sus Pliegos

De los antecedentes de hecho aquí expuestos, así como teniendo en cuenta la doctrina de los actos propios, es claro que la Concesionaria, en lo que respecta al procedimiento para la contratación del personal directivo en el marco del Contrato, ha obrado en todo momento con convencimiento pleno de que dicho procedimiento se tramitaba de conformidad con lo previsto en el Contrato y en sus Pliegos, y ello en tanto que las referidas designaciones se han efectuado conforme a la forma y medios admitidos por la propia Administración, así como en tanto que la Conselleria de Sanidad no ha efectuado ningún requerimiento a esta parte a este respecto.

Añadir que si bien el PCAP exige autorización de la Conselleria para proceder a la contratación del personal directivo, en dicho documento no se especifica en ningún momento que la autorización deba ser expresa. Sobre la validez de las autorizaciones tácitas nos remitimos a la alegación relativa al subobjetivo 2.3.

Es más, esta parte ha obrado en todo momento de acuerdo con los citados principios de buena fe, de confianza legítima y seguridad jurídica, y ello a razón de los propios actos de la Conselleria de Sanidad.

A mayor abundamiento, es insoslayable poner de manifiesto que son los *"propios actos"* de la Conselleria de Sanidad los que han llevado a esta parte a entender *"en buena fe*" y con *"confianza plena"* que el procedimiento que se ha venido siguiendo hasta la fecha para efectuar los nombramientos de personal directivo era conforme al Contrato y a los Pliegos que rigen éste (como demuestran los Antecedentes de Hecho expuestos en esta Alegación. A título de ejemplo la convocatoria de Comisión Mixta de Seguimiento de 2 de mayo de 2016).

Pero es que, además, a la luz de **la Sentencia, de 16 de enero de 2018, la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (recurso ordinario nº 248/2015)**, es claro que ninguna duda debe caber respecto de la buena fe y la

confianza plena de esta parte en que los referidos nombramientos se estaban llevando a cabo conforme a lo previsto en el Contrato y en sus Pliegos, pues dicho órgano tiene naturaleza administrativa y lo aprobado en su seno, además de tener carácter vinculante, goza de plena eficacia.

Por todo lo anterior, en la redacción que, finalmente, se otorgue a los presentes apartados y subapartados del Informe definitivo de la Auditoría Operativa de la Concesión de la Asistencia Sanitaria Integral en el Departamento de Salud de Torrevieja, Ejercicios 2013-2016 debe constar expresamente que, en lo que respecta a la contratación del personal directivo realizada por parte TORREVIEJA SALUD II UTE, la Concesionaria no ha incumplido ni con el Contrato ni con los Pliegos que rigen el mismo.

C. Conclusiones

En resumen, de lo expuesto en la presente Alegación, las conclusiones que se alcanzan son las siguientes:

(i) La Concesionaria, en el marco del procedimiento para la contratación del personal directivo, ha efectuado las comunicaciones pertinentes a la Conselleria de Sanidad.

(ii) La Conselleria de Sanidad ha sido conocedora, en todo momento, a lo largo de la ejecución del Contrato, de la contratación de dicho personal por parte de la Concesionaria.

(iii) Por todo lo anterior, la Concesionaria no ha incumplido ni el Contrato ni los Pliegos que rigen el mismo, y así debe constar en la redacción que, finalmente, se de a los presentes apartados y subapartados del Informe definitivo de la Auditoría Operativa de la Concesión de la Asistencia Sanitaria Integral en el Departamento de Salud de Torrevieja, Ejercicios 2013-2016.

ALEGACION 6:

APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 13, LETRA V

APENDICE 5 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 66, SUBOBJETIVO 3.3

Contenido de la alegación:

La Sindicatura sostiene en el párrafo quinto subojetivo 3.3 del Borrador del Informe que "*el dato a tomar en cuenta para la revisión de precios debe ser el de los créditos aprobados por la Ley de Presupuestos de la Generalitat, tal como literalmente establece el pliego, y no el presupuesto definitivo o liquidado, tal y como define la Conselleria y el propio concesionario, basándose en el dictamen del Consell Juridic Consultiu*".

En consecuencia, concluye a continuación que:

> "*Esta discrepancia de criterio en el cálculo de la prima ha supuesto que el precio final del contrato abonado en el periodo 2006-2016 haya sido aproximadamente 108,6 millones superior al precio que se deriva de la literalidad de los pliegos*".

Es decir, Sindicatura considera que en la revisión del precio del Contrato, y más concretamente en la aplicación de la fórmula prevista para ello en el propio PCAP, se deberían haber tenido en consideración las partidas presupuestarias relativas al gasto sanitario establecidas en la Ley de Presupuestos de la Comunidad Valenciana, y no el gasto real devengado, esto es, la totalidad de los gastos sanitarios efectivamente ejecutados por la Generalitat Valenciana durante el ejercicio correspondiente.

Pues bien, como será expuesto a continuación, y en estrictos términos de defensa, las conclusiones alcanzadas por la Sindicatura en el Borrador del Informe son absolutamente erróneas, por cuanto que aceptar tal interpretación supondría una evidente vulneración de lo establecido en los PCAP, de la normativa contractual vigente, así como de lo mantenido por una reiterada jurisprudencia en relación a la interpretación de los contratos administrativos.

Respecto del referido subobjetivo y las conclusiones alcanzadas en el mismo, a continuación, se formula la siguiente alegación que se desarrollará, a su vez, en los cuatro subapartados siguientes:

A. Sobre la fórmula de actualización del precio del Contrato.
B. Sobre el Dictamen 38/2012 del Consell Jurídic Consultiu, de 19 de enero de 2012, relativo al sistema de revisión de precios contenidas en el PCAP que rigió la licitación.

C. Sobre la facultad del Órgano de Contratación en la interpretación de los contratos.
D. Conclusiones

a) Sobre la fórmula de actualización del precio del Contrato.

Para analizar la cuestión objeto de controversia debemos partir de lo dispuesto en el Contrato formalizado entre la Conselleria y la Concesionaria. De conformidad con lo previsto en el mismo:

> "*(…) la contraprestación que percibe el concesionario se determina de conformidad con lo establecido en la cláusula 4.3 del PCAP, con una prima anual por cápita de 379 euros para el ejercicio 2003. Anualmente se procederá a actualizar la citada prima per cápita, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 19.1 del pliego de cláusulas administrativas particulares*".

Así pues, la Cláusula 4º del PCAP establece el precio a abonar a la Concesionaria por la ejecución del Contrato, mientras que por su parte, la Cláusula 19º del PCAP dispone la fórmula de revisión de éste.

De conformidad con lo dispuesto en la referida Cláusula 4º del PCAP, entre las partidas o conceptos que conforman el precio del Contrato encontramos la denominada "*partida capitativa*" o "*prima per capita*", resultado de multiplicar la prima por persona por el número de personas que integran la "*población protegida*".

Ahora bien, a fin de asegurar la correcta financiación de las prestaciones sanitarias, la Cláusula 19º del PCAP prevé la actualización anual de la citada "*partida capitativa*" mediante la aplicación de una fórmula establecida expresamente en el PCAP. En concreto:

$$\text{Presupuesto capitativo anual} = \frac{\textbf{Presupuesto asistencia sanitaria de la Generalitat Valenciana}}{\text{Población de derecho de la Comunidad Valenciana}}$$

Asimismo, la meritada Cláusula 19º prevé que:

> "*(…) el resultado de la aplicación de la fórmula prevista, en ningún caso podrá ser inferior a la actualización en función del Índice de Precios al Consumo (IPC), ni superior al porcentaje de incremento anual del gasto sanitario público consolidado del Estado para dicho ejercicio*".

En suma, se desprende de la antedicha Cláusula 19º que la fórmula de actualización de la prima per cápita debe tener en todo caso como base el importe del Presupuesto de la Generalitat Valenciana para gastos en asistencia sanitaria por habitante.

b) Sobre el Dictamen 38/2012 del Consell Jurídic Consultiu, de 19 de enero de 2012, relativo al sistema de revisión de precios contenidas en el PCAP que rigió la licitación.

Sentado lo anterior, la diferencia en el cálculo de la prima a la que hace referencia la Sindicatura en el Borrador del Informe remitido, viene precisamente motivada por la no aplicación por parte del este órgano fiscalizador de la interpretación efectuada, en fecha 19 de enero de 2012, por el Consell Jurídic Consultiu en su Dictamen 38/2012.

Mediante el citado Dictamen, emitido para dar respuesta a una consulta facultativa que se había planteado acerca del sistema de revisión de precios contenido en el pliego de cláusulas administrativas del contrato de concesión de Denia, el Consell Juridic Consultiu establece la interpretación que debería darse al numerado de la anterior fórmula, esto es, al concepto *"presupuesto asistencia sanitaria de la Generalitat Valenciana".*

Así las cosas, esto órgano estima que:

> "*(…) si las bases a tener en cuenta para la actualización de la "prima per cápita" de la entidad concesionaria son el gasto sanitario en la Generalitat Valenciana, su gasto por habitante y su correlativo incremento anual,* ***tales gastos han de ser gastos reales y no meramente gastos presupuestados o insuficientes que hayan resultado desvirtuados por el gasto real efectuado a lo largo del año en cuestión****".*

Y es que, según manifiesta de manera absolutamente clara el propio Consell Juridic Consultiu, en la aplicación de la fórmula contenida en los PCAP debe tenerse en todo caso en consideración el Presupuesto real por las siguientes razones:

- Que no es hasta que se produce la liquidación definitiva del Presupuesto del año en cuestión, cuando de forma cierta se conoce el gasto real efectuado en los respectivos conceptos o acciones programadas de la Generalitat Valenciana, en este caso, en materia sanitaria.

- Que en la propia redacción de la Cláusula 19º del PCAP se utilizan, entre otros, términos como "*datos definitivos", "revisión provisional", "desviaciones en el precio"* que denotan la necesidad de que se atienda a índices o magnitudes reales o definitivas.

- Que si solo se tuvieran en consideración los gastos inicialmente presupuestados, donde el Concesionario no ha intervenido en su previsión, ello conllevaría a "*dejar en manos"* de una de las partes del Contrato el contenido de la obligación de actualización de la prima concesional.

- Que la aplicación de gastos reales resulta acorde a la doctrina establecida por el Tribunal Supremo en su Sentencia de 21 de febrero de 2018 por la que "*han de seguir criterios de legalidad derivados de datos contrastados y reales, no conjeturas que pueden resultar razonables desde una perspectiva puramente particular. (…)".*

- Que la aplicación de la liquidación definitiva del Presupuesto de la Generalitat Valenciana de gastos sanitarios permite el mantenimiento del equilibrio financiero del Contrato, pues de otra forma, sería necesario restablecer dicho equilibrio llevando a cabo una composición de los intereses de las partes y atendiendo a la justicia distributiva.

En definitiva, el criterio del Consell Jurídic Consultiu fijado en el referido Informe se centra en sostener que el "*presupuesto asistencia sanitaria de la Generalitat Valenciana*" de la Cláusula 19ª del PCAP debe entenderse como el presupuesto definitivo o liquidado y, por tanto, en la revisión definitiva de la prima per cápita del concesionario debe tenerse en cuenta el incremento capitativo real de la Comunidad Valenciana.

c) Sobre la facultad del Órgano de Contratación en la interpretación de los contratos.

Tal y como aduce el propio Consell Jurídic Consultiu en el Informe al que venimos haciendo referencia, el legislador estatal reconoce al órgano de contratación la facultad de interpretar los contratos (artículos 59.1 y 249 del TRLCAP). Prerrogativa que, además, se recoge expresamente en la Cláusula 1.2 del PCAP que rige esta concesión, en virtud de la cual "*El Órgano de contratación, ostenta la prerrogativa de interpretar los contratos administrativos y resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento*".

Así las cosas, en uso de dicha facultad legal y contractualmente reconocida, la Conselleria solicitó al máximo órgano consultivo en materia jurídica de la Comunidad Valenciana que éste aclarara la interpretación que debía seguirse en la fórmula de revisión del precio establecida en el PCAP habida cuenta que la literalidad de la indicada cláusula 19ª podía dar lugar a diferentes interpretaciones.

Como se indica en el Borrador del Informe remitido por Sindicatura, la Conselleria ha venido considerando en la revisión de precios lo manifestado por el Consell Jurídic Consultiu respecto a la Cláusula 19ª, entendiendo así que la cápita del año es el resultado de multiplicar la cápita del año anterior por el menor índice entre el incremento del presupuesto capitativo de la Generalitat y el gasto consolidado del Estado, y en cualquier caso con el límite mínimo del IPC.

Sin embargo, como ha sido adelantado, la Sindicatura discrepa de dicho criterio fijado por el Consell Jurídic Consultiu, al afirmar en el párrafo cuarto del citado subobjetivo que "*si bien dicho modo de cálculo hubiese gozado de mayor lógica desde el punto de vista económico, la literalidad de los pliegos del contrato es clara*".

Pues bien, olvida Sindicatura que de conformidad con lo previsto en el artículo 1285 del CC, las estipulaciones en los contratos administrativos no deben interpretarse aisladamente, sino que debe llevarse a cabo una labor interpretativa del conjunto de todas ellas.

Es decir, que debe llevarse a cabo una interpretación integradora, con el recurso al canon hermenéutico de la totalidad, lo que acentúa la importancia de buscar la denominada "voluntad real", proscribiendo cualquier exceso en la interpretación literal de cláusulas que puede conducir a un abuso de derecho.

Así, viene siendo reconocido por el **Tribunal Supremo**, entre otras, en su **Sentencia de 19 de mayo de 2015, Sala 1ª de lo Civil, que reenvía a su vez a otra anterior de la misma Sala de 29 de enero de 2015:**

> *"(…) en el proceso interpretativo de los contratos la averiguación o búsqueda de la voluntad real o efectivamente querida por las partes se erige como principio rector de la labor interpretativa, de forma que las demás reglas confluyen a su alrededor bien complementándola, bien supliéndola, pero nunca limitándola o alterándola. La aplicación de este principio rector comporta una delimitación del proceso interpretativo que también interesa puntualizar. En efecto, en primer término, debe señalarse que la búsqueda o averiguación de la intención común de las partes se proyecta, necesariamente, sobre la totalidad del contrato celebrado, considerado como una unidad lógica y no como una mera suma de cláusulas; de modo que el análisis o la interpretación sistemática constituye un presupuesto lógico-jurídico de todo proceso interpretativo (también denominada canon hermenéutico de la totalidad, artículo 1286 del Código Civil). En segundo término, y en estrecha relación con la anterior, debe señalarse el carácter instrumental que presenta la interpretación literal del contrato que se infiere del criterio gramatical del mismo (párrafo primero del artículo 1281 del Código Civil); de forma que no puede ser valorada como un fin en sí misma considerada, o como un dogma del proceso interpretativo, pues la atribución del sentido objeto de la interpretación, y de ahí la unidad lógica del artículo citado, conforme a su segundo párrafo, sigue estando en la voluntad realmente querida por partes contratantes".*

En este mismo sentido, cabe señalar, igualmente, la **Sentencia de nuestro Alto Tribunal de 31 de diciembre de 2012** por la que afirma:

> "*(…) la primacía de la interpretación literal quiebra en determinados supuestos, entre los que se encuentra, aun siendo claros los términos del contrato, cuando existen actos opuestos al mismo en los cuales el verdadero propósito de los contratantes se haya manifestado (STS de 24 de abril de 1964)", pues "la interpretación de los contratos y demás actos jurídicos, aunque haya de partir de la expresión contenida en las palabras pronunciadas o escritas no puede detenerse en el sentido riguroso o gramatical de las mismas y ha de indagar fundamentalmente la intención de las partes y el espíritu y finalidad que han presidido el negocio, infiriéndose de las circunstancias concurrentes y de la total conducta de los interesados (SSTS de 21 de abril de 1993)".*

Asimismo, debemos traer a colación, lo aducido por el propio **Consell Juridic Consultiu en su Dictamen 204/2015 de 1 de abril de 2015** relativo a determinadas cuestiones relacionadas con los contratos de gestión del servicio público por concesión de asistencia sanitaria integral en la Comunidad Valenciana:

> *"(…) no puede perderse de vista que las cláusulas contractuales deben interpretarse siempre de forma más acorde a los derechos e intereses recíprocos de la Administración y de los contratistas o concesionarios encargados de la prestación del servicio público, conforme al principio de proporcionalidad y equidad en la aplicación del contrato. Si existen varios posibles sentidos de una disposición contractual, es decir, varias interpretaciones posibles de la misma, debe prevalecer aquella que resulte más ajustada o conduzca a una consecuencia racional en el orden lógico, y para ello habrá que acudir, si es necesario, al criterio sistemático. La interpretación literal si bien puede ser el punto de partida, no es la única regla de interpretación de los contratos, ni necesariamente debe ser el punto de llegada.*
>
> *En otras palabras, la interpretación de las cláusulas de los Pliegos de Cláusulas Administrativas debe obtenerse no solo de la letra estricta de texto de cada cláusula sino,*

como se ha dicho con anterioridad, teniendo en cuenta su sentido lógico y su ponderación sistemática que obliga a considerar el Pliego de Cláusulas Administrativas como un todo. (…)"

En aplicación de la jurisprudencia y doctrina expuesta, cabe señalar que la finalidad del Contrato objeto de fiscalización por parte de esta Sindicatura es la gestión de la asistencia sanitaria en el Departamento de Torrevieja y, en particular, la finalidad de la Cláusula 19ª es asegurar una correcta financiación del Contrato, a fin de garantizar que los pacientes de dicho Departamento gozarán de las mismas prestaciones y condiciones con independencia del tipo de gestión elegida.

Es decir, que la razón de la inclusión de una fórmula de actualización del precio del Contrato es la igualdad de trato, real y efectiva, en la atención sanitaria de todos los ciudadanos con independencia del Departamento al que se encuentren adscritos. Circunstancia ésta que no queda garantizada sino es más que a través de una lógica y eficaz financiación que atienda a los gastos reales en materia sanitaria y no meramente los presupuestados.

Huelga decir que. esta facultad de interpretación de los contratos debe emplearse en favor de la mayor reciprocidad de intereses y atendiendo al conjunto de las previsiones del contrato, máxime en un contrato como el que venimos analizando en el que la única opción posible de retribución del concesionario para alcanzar la equivalencia de las prestaciones a los usuarios es atender a gastos reales y no meramente presupuestados.

Así, la consideración del gasto real liquidado en materia sanitaria como importe para la aplicación de la fórmula de revisión de precios, resulta absolutamente indispensable para garantizar el equilibrio financiero del Contrato.

Aceptar la interpretación realizada por la Sindicatura en su Borrador de Informe, conllevaría a dejar a la voluntad de una de las partes la actualización de los precios, lo que podría dar lugar a un desequilibrio económico en la concesión.

d) Conclusiones

- A fin de garantizar la correcta financiación de las prestaciones sanitarias en el Departamento de Salud de Torrrevieja, los PCAP que rigió la licitación prevén una fórmula de revisión del precio del Contrato.

- De acuerdo con la interpretación establecida por el Consell Juridic Consultiu, para la aplicación de dicha fórmula, se deberá tener en consideración los gastos reales liquidados en materia sanitaria por la Generalitat Valenciana y NO los créditos presupuestarios de gasto sanitario previstos en la Ley de Prepuestos de la Generalitat.

- Tal interpretación en la retribución del concesionario, resulta indispensable para garantizar la igualdad de trato en la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos que conforman la población protegida con independencia del Departamento de Salud al que se encuentren adscritos, así como para asegurar el equilibrio económico del Contrato.

ALEGACION 7:

APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 24, PARRAFOS 2 Y 3

Contenido de la alegación:

En el apartado "Recursos Humanos", se expone lo siguiente:

"El coste medio por hora de trabajo efectivo del personal con contrato laboral en el Departamento de Salud de Torrevieja asciende a 27,7 euros, un 11.4% inferior al coste medio por hora del personal estatutario en el conjunto de los departamentos de salud, 31,3 euros:

	Hospitales Comunitat Valenciana			
Torrevieja	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total CV
27,7	30,9	31,6	31,6	**31,3**

Las horas estimadas en 1.589 horas de la jornada anual del personal estatuario (Decreto 38/2016, de 8 de abril, del Consell, por el que se modifica el Decreto 137/2003, de 18 de julio) y en 1.811 horas la jornada anual del personal laboral (Según convenio colectivo aplicable)."

Documentació justificativa de l'al·legació:

Cálculo Jornada ordinaria efectiva anual:

Atendiendo al *Decreto 38/2016, de 8 de abril, del Consell, por el que se modifica el Decreto 137/2003, de 18 de julio,* hemos analizado los criterios por los que se obtiene la cifra de 1.589 horas y hemos realizado el mismo ejercicio con nuestro Convenio Colectivo aplicable.

Cálculo Jornada anual personal estatutario:

Jornada anual bruta:	**1955h**
Descuento por concepto de vacaciones:	163h
Descuento por concepto de festivos, 14 festivos del calendario laboral oficial y 3 adicionales:	119h
Licencia de asuntos particulares, 6 días:	42h
Otros conceptos de descuento, con carácter genérico (higiene, preparación a la actividad, etc.):	42h
Jornada ordinaria efectiva general:	**1589h**

- Cuadro extraído de *Decreto 38/2016, de 8 de abril*

Bajo el criterio anterior de obtención de la jornada ordinaria efectiva, y basándonos en nuestro *II Convenio Colectivo, Torrevieja Salud, UTE ley 18/82* con efectos de aplicabilidad 2016-2019, se procede a utilizar los mismos criterios de jornada ordinaria efectiva, y que pasamos a detallar a continuación:

Cuadro Sistema de Trabajo II Convenio Colectivo, Torrevieja Salud UTE 18/82

SISTEMA DE TRABAJO	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019
TRN	1768	1744	1720	1696
TRD	1811	1797	1787	1780
JFD	1811	1797	1787	1780

- *Existe también las horas anuales de los turnos TEB y TEA que se corresponden con aquellos que realizan jornada complementaria añadida, algo que no se ha tomado como referencia en los cálculos para el personal estatutario y por lo tanto, tampoco lo referenciamos en el caso del personal laboral para hacer homogénea la comparación.*

Cálculo Jornada anual personal laboral:

	Turno TRN:
Jornada anual bruta (descontadas vacaciones y festivos en esta cuantía):	**1768h**
Licencia de asuntos particulares, 5 días de 7 horas:	35h
Licencia de asuntos particulares, 1 día "cumpleaños" de 8 horas:	8h
Jornada ordinaria efectiva general:	**1.725h**

	Turno Resto:
Jornada anual bruta (descontadas vacaciones y festivos en esta cuantía):	**1811h**
Licencia de asuntos particulares, 5 días de 7 horas:	35h
Licencia de asuntos particulares, 1 día "cumpleaños" de 8 horas:	8h
Jornada ordinaria efectiva general:	**1.768h**

Por tanto, el denominador a aplicar para el cálculo de las horas anuales, dependería del turno de trabajo, por lo que en lugar de **1.811h** pasaría a ser un cálculo basado en **1.725h** para el turno TRN, y el cálculo para el resto de profesionales, en lugar de **1.811h** como se ha estipulado, pasaría a computarse **1.768h**.

En la información facilitada, la plantilla media del 2016 asciende a **1.187,56**, de los que **355,51**, son TRN y tendríamos que computarles **1.725h** a cada uno, y hay **832,05** profesionales dentro del resto de turnos, que deberíamos computar **1.768h** a cada uno**.** El denominador resultante ascendería a **2.084.323,39h** para el ejercicio 2016.

El cuadro siguiente muestra los cálculos bajo el supuesto que todos van a **1.768h**, o bien diferenciando según sus turnos de trabajo, es decir, diferenciar el turno TRN del resto.

Tipo de Turno	FTE anual	Horas Convenio por Profesional	Hora Anuales Efectivas
Resto Turnos	832,05	1.768h	1.471.061,45h
TRN	355,51	1.725h	613.261,94h
Total General	**1.187,56**		**2.084.323,39h**

Para la obtención del coste medio por hora, aplicaremos la misma fórmula contenida en el borrador del informe:

Numerador: Coste Total Plantilla Denominador: Horas Anuales Efectivas* **Resultado: Coste Medio por hora**	*Cálculos para la obtención del denominador (Horas Anuales efectivas)**:**

	Plantilla Media x Jornada Ordinaria Efectiva

Con la información relativa al nº de horas anuales efectivas, observamos que hay diferencias entre la información contenida en el informe con la calculada por nosotros, que pasamos a reflejar en el escenario planteado a continuación:

Numerador:	**Coste Total Plantilla**	59.577.303,92
Denominador:	**Horas Anuales Efectivas**	2.084.323,39
Resultado:	**Coste Medio por hora**	**28,6**

A modo gráfico y de resumen, se observa que el coste medio de Torrevieja es **28,6€/hora** en lugar de **27,7€/hora**. Todo ello además si lo comparamos con el Total CV, **31,3€/hora**, podemos indicar que se pasa de un **11,4%** de coste medio inferior, a un **8,6%**.

	Hospitales Comunitat Valenciana			
Torrevieja	**Grupo I**	**Grupo II**	**Grupo III**	**Total CV**
28,6	30,9	31,6	31,6	**31,3**

% Coste Medio Hora Torrevieja (comparativa Total CV): **-8,6%**

ALEGACION 8:

APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 27, ULTIMO PARRAFO

Contenido de la alegación:

Indicador Camas por 1000 habitantes

En el documento de trabajo de la sindicatura,

- Objetivo 1. ¿Se han adquirido las prestaciones sanitarias en el Departamento de Salud de Torrevieja en la cantidad, calidad y coste más adecuado?
    - Subobjetivo 1.3 ¿Son suficientes los recursos sanitarios puestos a disposición de la población protegida del departamento?
        - Criterio. **Número de camas por cada 1.000 habitantes**

La población protegida media en 2016 para Torrevieja es de 156.029

Cmas por 1000 habitantes:

- Camas Instaladas
    - por 1000 habitantes Torrevieja: **1,78**
    - por 1000 habitantes Hospitales grupo II: **1,75**
    - por 1000 habitantes Comunidad Valenciana: **2,05**
- Camas Funcionantes por 1000 habitantes
    - por 1000 habitantes Torrevieja: **1,51**
    - por 1000 habitantes Hospitales grupo II: **1,61**
    - por 1000 habitantes Comunidad Valenciana: **1,92**

Como se comenta en el borrador del informe este indicador tiene un alcance limitado, debido a la gestión moderna del "recurso cama" del Hospital Universitario de Torrevieja, sería interesante matizar varios aspectos:

- **Estancia media ajustada**, la estancia media para 2016 en el HU de Torrevieja fue de 4,93 días frente a los 5,64 de media de la Comunidad Valenciana y 5,21 del mismo grupo. Así con un cálculo sencillo si los 16.310 ingresos hubieran tenido una estancia de 5,64 días se hubieran necesitado 11.580 estancias más o lo que es lo mismo 31 camas más funcionantes los 365 días del año. Si la comparación es con los hospitales del grupo supondría 4.566 estancias más ó 12 camas funcionantes cada día del año.
- **De la misma forma el funcionamiento del Hospital de día quirúrgico**: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) permite que procesos que generalmente se hospitalizaban utilizando cama, no sea necesario al resolverse de forma ambulatoria. En 2016 fue del 75,94% en el Hospital de Torrevieja frente a 64,98% de la Comunidad Valenciana.
  En el año 2016 hubo 12.422 intervenciones mayores en Hospital Universitario de Torrevieja, 5.281 cirugías con ingreso CCI con una estancia media de 3.17 días.
  Si se hubiera realizado con la media de CMA del resto de hospitales de la Comunidad Valenciana se hubiera realizado un número de CCI superior, si aplicamos la estancia media quirúrgica de 2016 que fue de 3.17 días hubiera supuesto un número de estancias superior. El cálculo no se presenta por ser un razonamiento teórico con sesgos, pero el argumento sirve para confirmar la obsolescencia del indicador presentado.

- **Hospitalización a domicilio**. La unidad de hospitalización a domicilio puede atender hasta 45 camas domiciliarias, los tratamientos y procedimientos son numerosos y es otro argumento para profundizar en la poca validez del ratio de camas por habitante.

- **Hospital de día médico**. Más del 98% de los tratamientos oncológicos con quimioterapia se realizan en un puesto del hospital de día sin necesidad de ingreso. Además del HU de Torrevieja da servicio en el hospital de día a numerosos procesos médicos para pacientes que en otros hospitales tiene que ingresar, antibioterapia intravenosa, tratamiento para estabilizar a pacientes con insuficiencia cardiaca, etc…

ALEGACION 9:

APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 30, PARRAFO 2

Contenido de la alegación:

INFORME IMPORTE DE LA PRESCRIPCIÓN DE RECETAS EN EL AÑO 2016. DEPARTAMENTO DE TORREVIEJA.

El importe de productos farmacéuticos prescritos mediante recetas en el año 2016 en el departamento de Torrevieja ascendió a 54.097.524,77€.

El importe por paciente protegido fue de 348.30€ en el departamento de Torrevieja y de 313.77€ por paciente en la CV.

	GAIA158 - Importe por Población Potegida ANUAL
CV	313,77€
Torrevieja	348,30€

El mayor importe por paciente en el departamento de Torrevieja es consecuencia de:

1. **Indice de carga de enfermedad (Case Mix).**

   El departamento de Torrevieja presenta un Case Mix de 44,32 puntos, mientras que la CV es de 41,96.

   El departamento de Torrevieja soporta un Case Mix de 2,36 puntos porcentuales mayor a la media de la CV.

Departamento	CASE MIX	Pacientes equivalentes	Población real
CV	41,96	197.677.654,69	4.711.144
22 - TORREVIEJA	44,32	6.933.710,69	156.452

2. **Población atendida según morbilidad.**

   El departamento de Torrevieja presenta un mayor porcentaje de pacientes complejos (niveles 6, 7 y 8) al de la CV.

Clasificación por Morbilidad y Riesgo clínico (CRG)	Descripción Estado de Salud Modelo P	Nº Pacientes CV	% Pacientes CV	Nº Pacientes Torrevieja	% Pacientes Torrevieja	Diferencia % Pacientes Torrevieja-CV
1	Estado de salud sano	2.056.753	43,6%	71.192	45,5%	1,9%
2	Historia de enfermedad aguda significativa	291.154	6,2%	9.144	5,8%	-0,3%
3	Enfermedad crónica menor única	569.127	12,1%	16.435	10,5%	-1,6%
4	Enfermedad crónica menor en múltiples sistemas orgánicos	269.738	5,7%	7.775	5,0%	-0,8%
5	Enfermedad dominante o crónica moderada única	805.951	17,1%	26.146	16,7%	-0,4%
6	Enfermedad significativa crónica en múltiples sistemas orgánicos	621.253	13,2%	21.987	14,1%	0,9%
7	Enfermedad dominante crónica en tres o más sistemas orgánicos	55.302	1,2%	2.138	1,4%	0,2%
8	Neoplasias dominantes, metastásicas y complicadas	25.113	0,5%	1.067	0,7%	0,1%
9	Necesidades sanitarias elevadas	18.111	0,4%	596	0,4%	0,0%

3. **Porcentaje de población mayor de 65 años**

El porcentaje de pacientes mayores de 65 en departamento de Torrevieja es de 26,47%, en la CV es de 18,89%.

El departamento de Torrevieja presenta un mayor porcentaje de pacientes mayores de 65 años en 7,58 puntos porcentuales.

	Población Total	Población a partir 65 años	% Población ≥ 65 años
Comunidad Valenciana	4.711.144	890.014	18,89%
Torrevieja	156.452	41.406	26,47%

4. Porcentaje de población desplazada.

El porcentaje de población desplazada sobre la población total es mayor en Torrevieja (4,14%) que en la CV (0,74%).

El departamento de Torrevieja presenta un número de pacientes desplazados de 3,4 puntos porcentuales mayor a la media de la CV.

	% Población desplazada sobre el total
Comunidad Valenciana	0,74%
Torrevieja	4,14%

ALEGACION 10:

APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 31, PARRAFO 3

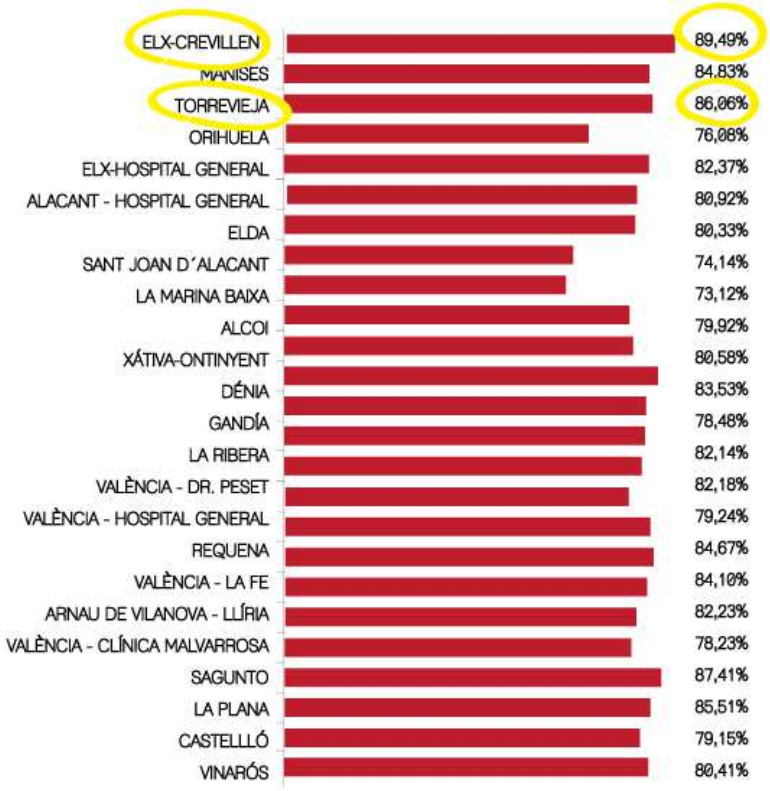
Contenido de la alegación:

En relación a la calidad percibida:

1. Encuestas de satisfacción realizadas por la Consellería de Sanitat y Salut Pública a través de dos vías:

   a. Encuestas en formato papel con cuestionario SERVQUAL: realizadas en una fecha determinada (1 mes de duración) y con un número de cuestionarios limitados distribuidos en las áreas de urgencias, hospitalización, pediatría, atención primaria y unidad de cirugía sin ingreso. Metodología de encuestas coordinada con el SAIP del departamento.

   En 2015, el departamento de Torrevieja se encuentra en el tercer puesto de los 24 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana.



b. Encuestas telefónicas en pacientes tras alta hospitalaria: La Consellería de Sanitat y Salut Pública realiza cuestionario de satisfacción según los datos aportados por CMBD.

El departamento de salud de Torrevieja nunca ha recibido información al respecto de estas encuestas telefónicas, los primeros datos disponibles son los que aparecen en el informe de la Sindicatura de Cuentas donde el Departamento de Torrevieja aparece en el puesto nº 11 según la Memoria Anual 2016 de la Consellería de Sanitat (apartado "4.4 Satisfacción de los

pacientes y calidad percibida. Opinión sobre nuestro sistema sanitario: encuestas y barómetros")

Sin embargo, en el estudio realizado por SIGMADOS en 2017 sobre "Satisfacción del paciente atendido en los centros sanitarios del Sistema Público de Salud de la Comunidad de Valencia" y al respecto de la pregunta "Satisfacción global con las atenciones sanitarias recibidas", el Departamento de Torrevieja cuenta con los siguientes resultados:

	Torrevieja
Servicio	2017
Servicios con nota media Inferior a la media de la CV	9%
Servicios con nota media igual a la media de la CV	36%
Servicios con nota media superior a la media de la CV	55%

	Torrevieja		Media CV
Servicio	2017		2017
Atención Primaria Adultos	8,33		8,33
Atención Primaria Pediatría	8,29		8,37
Atención Primaria Enfermería	8,48		8,53
Atención Primaria PAC Urg	8,00		7,89
Hospitalización quirúrgica	8,14		8,58
Hospitalización médica	8,42		8,47
Hospitalización obstétrica	8,44		8,40
Hospitalización Pediátrica	8,44		8,40
Cirugía Mayor Ambulatoria	9,09		8,75
Urgencias Hospitalarias	7,93		7,75
Consultas externas	8,27		8,22
Atención especializada ambulatoria (centros integrados)			7,86

2. Evaluación de la calidad percibida según metodología NPS

La experiencia del usuario es una línea estratégica del Departamento de Salud de Torrevieja para la mejora continua de la atención que presta a sus ciudadanos. Para la evaluación de la misma, el

departamento dispone de un indicador relacionado con el nivel de recomendación del Servicio que realizan los usuarios/pacientes.

Se calcula con las respuestas obtenidas en las encuestas que se realizan por email a la pregunta: “En caso de necesidad, ¿hasta qué punto recomendaría nuestro Servicio X a sus familiares o amigos?”

Se mide de la siguiente forma: NPS= % de promotores - % detractores.

Siendo promotores los usuarios que puntúan con 9 o 10 y detractores los que puntúan de 0 a 6.

Se muestran a continuación los datos en 2016 del departamento de salud de Torrevieja.

	Hospital Universitario de Torrevieja					
Year	Surveys	Surveys answered	% Promoters	% Detractors	% Passives	NPS
2016	350	332	69,58%	13,86%	16,57%	55,72%

3. Quejas por demora y trato – Datos 2016

- C. Valenciana: 216 quejas / 100.000 habitantes
- Hospital Torrevieja: **77 quejas** / 100.000 habitantes

ALEGACION 11:

APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 34, PARRAFO 1

Contenido de la alegación:

El informe afirma que *"En términos globales, el Hospital de Torrevieja dispone de un equipamiento de alta tecnología inferior al segmento de hospitales clasificados en el grupo II y a la media total de la Comunitat Valenciana".*

En algunos hospitales de los incluidos bajo el epígrafe Grupo II, los equipos de Resonancia Magnética y Acelerador Lineal han sido adquiridos y gestionados, hasta la fecha de fin de contrato, por una empresa privada externa, por lo que corresponde a la mencionada empresa el esfuerzo inversor correspondiente a dichos equipos.

Por ello, la tabla de equipos para el cálculo del indicador "Esfuerzo inversor en dotación tecnológica por habitante", pasaría de ser la mostrada a continuación:

Grupo II	TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI	SPECT	PET	MAMOS	DO	DIAL	Esfuerzo inversor AT
Valencia Aranu-Lliria	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	**9**
Valencia-Peset	2	2	2	1	2	1	0	0	1	0	1	1	25	**27**
La ribera	3	2	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	35	**52**
Denia	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	30	**22**
Xativa	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	30	**17**
Marina Baixa	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8	**8**
San Juan	2	1	2	1	0	0	0	2	0	0	2	1	0	**47**
Elda	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	25	**20**
HGUE	2	2	0	1	0	1	0	1	0	0	2	1	30	**52**
Torrevieja	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	37	**26**
Manises	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	34	**21**
Elche-Crevillente	1	1	1	1	2	1	0	0	0	1	1	1	27	**40**
	23	14	6	8	10	6	0	5	1	2	17	12	281	**28**

Tabla 1. Tabla de equipos como base de cálculo del indicador "Esfuerzo Inversor por habitante", expresado en €/habitante, según lo indicado en el informe.

A ser esta otra:

Grupo II	TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI	SPECT	PET	MAMOS	DO	DIAL	Esfuerzo inversor AT
Valencia Aranu-Lliria	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	**5**
Valencia-Peset	2	2	2	1	2	1	0	0	1	0	1	1	25	**27**
La ribera	3	2	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	35	**52**
Denia	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	30	**22**
Xativa	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	30	**11**
Marina Baixa	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8	**8**
San Juan	2	1	2	1	0	0	0	2	0	0	2	1	0	**47**
Elda	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	25	**13**
HGUE	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	1	30	**20**
Torrevieja	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	37	**26**
Manises	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	34	**21**
Elche-Crevillente	1	1	1	1	2	1	0	0	0	1	1	1	27	**40**
	23	9	6	8	10	6	0	4	1	2	17	12	281	**24**

Tabla 2. Tabla de equipos como base de cálculo del indicador "Esfuerzo Inversor por habitante", expresado en €/habitante, teniendo en cuenta los equipos adquiridos por empresas privadas.

Quedando el esfuerzo inversor del Hospital de Torrevieja en un valor de 26, mientras que esfuerzo inversor medio de los hospitales de Grupo II quedaría en un valor de 24 €/habitante.

ALEGACION 12:

APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 35, PARRAFO 1

Contenido de la alegación:

El informe afirma que *"En la comparación realizada, el esfuerzo inversor medio en la Comunitat Valenciana se situaría en 24 euros por habitante si excluimos el equipo de mayor coste individual, (Acelerador Lineal, que sólo puede estar instalado en aquellos hospitales donde se haya autorizado por parte de la Conselleria la prestación del servicio de radioterapia)".*

Sabiendo que, tanto los servicios de Medicina Nuclear como la Radioterapia solo pueden instalarse y operarse previa autorización específica de la Conselleria a tal efecto, estimamos que debería tenerse en cuenta el esfuerzo inversor del Hospital de Torrevieja frente al de Hospitales de Grupo II, excluyendo no solo la radioterapia, (Acelerador Lineal), sino también los equipos correspondientes al servicio de Medicina Nuclear, (PET, SPECT y Gammacámara).

Aplicando esta consideración al cálculo del esfuerzo inversor, e incluso sin tener en cuenta la primera alegación formulada en el presente escrito, el párrafo 1 de la página 35 quedaría:

"En la comparación realizada, el esfuerzo inversor del Hospital de Torrevieja se situaría en un valor de 26 € por habitante, frente al valor medio de los hospitales del Grupo II, (20 €/habitante), y frente al esfuerzo inversor medio en la Comunitat Valenciana que se situaría en 21 € por habitante si excluimos los equipos de mayor coste individual, (Acelerador Lineal, PET, SPECT y Gamacámara, que sólo puede estar instalado en aquellos hospitales donde se haya autorizado por parte de la Conselleria la prestación del servicio de radioterapia y de medicina nuclear)".

Grupo II	TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI	SPECT	PET	MAMOS	DO	DIAL	Esfuerzo inversor AT sin ALI y sin MN
Valencia Aranu-Lliria	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	9
Valencia-Peset	2	2	2	1	2	1	0	0	1	0	1	1	25	21
La ribera	3	2	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	35	24
Denia	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	30	22
Xativa	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	30	17
Marina Baixa	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8	8
San Juan	2	1	2	1	0	0	0	2	0	0	2	1	0	17
Elda	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	25	20
HGUE	2	2	0	1	0	1	0	1	0	0	2	1	30	36
Torrevieja	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	37	26
Manises	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	34	21
Elche-Crevillente	1	1	1	1	2	1	0	0	0	1	1	1	27	26
	23	14	6	8	10	6	0	5	1	2	17	12	281	
													Media Hospitales Grupo II	**20**
													Media CV	**21**

Tabla 3. Cálculo del esfuerzo inversor por habitante, en €/habitante, eliminando del estudio aquellos equipos ubicados en servicios clínicos que deben ser expresamente aprobados por la CSUISP, (Radioterapia, ALI, y Medicina Nuclear, SPECT, PET y Gamacámara).

ALEGACION 13:

APENDICE 3 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 39, SUBOBJETIVO 1.6

Contenido de la alegación:

Dado que el coste medio por paciente derivado es el cociente entre el coste total soportado por estas derivaciones, y el número de pacientes derivados, si el Departamento de Salud deriva muchos menos episodios que la media de hospitales públicos del grupo II (en concreto un 60% menos de episodios de COMPAS), y dado que los hospitales del grupo II deben obligatoriamente derivar pacientes porque su complejidad lo hace imprescindible, un denominador inferior implica necesariamente cociente superior. Por lo que es totalmente normal y lógico que el coste medio por episodio sea superior.

Por otro lado, si el coste medio por paciente no cápita recibido en Torrevieja es superior a la media de los hospitales del grupo II, es porque Torrevieja atiende procedimientos más complejos que la media, lo cual igualmente sería atribuible a las derivaciones, concluyéndose por tanto que se derivan procedimientos más complejos que la media.

En cualquier caso, el Departamento de Salud de Torrevieja liquida a favor de la Conselleria de Sanidad todos los pacientes de su cápita que haya derivado a otros hospitales, pagando los mismos a la tarifa establecida por el Pliego de Condiciones de la concesión, es decir, el 100 de la Ley de Tasas. Por el contrario, los pacientes que acuden a nuestro Departamento provenientes de otros departamentos públicos, son liquidados a favor de la concesión en la liquidación a la tarifa del 85% de la Ley de Tasas. Como consecuencia de lo anterior existe un ahorro adicional para la Administración de un 15%.

ALEGACION 14:

APENDICE 4 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 45, SUBOBJETIVO 2.1

Contenido de la alegación:

Consta literalmente en el informe “resulta criticable que la Administración no haya incorporado un clausulado contractual más amplio que permitiera garantizar y evaluar unos determinados niveles de calidad”.

Insistimos en que Torrevieja es un Departamento Público de la Conselleria de Sanidad, y debe estar sujeto a los mismos controles de calidad del resto de hospitales de la red pública valenciana. En este sentido no entendemos porque se nos requiere un conjunto específico y adicional de indicadores, sino que deberían ser válidos los mismos que se establecen para el resto de hospitales públicos, de los que no nos sentimos en absoluto diferentes. Por tanto consideramos que los Acuerdos de Gestión, establecidos para el conjunto de hospitales públicos valencianos es el marco en que nos debemos mover para compararnos entre todos nosotros. Respecto a los resultados, el informe deja bien claro que para 2016 los resultados del Departamentos de Torrevieja son casi 16 puntos mejores que la media de los hospitales de la red pública valenciana. Además **la demora quirúrgica verificada por la propia Sindicatura para este informe, arroja que los pacientes del Departamento de Torrevieja deben esperar 38 días de media, frente a los 115 días que esperan como media autonómica.**

ALEGACION 15:

APENDICE 4 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINA 53 Y 54. SUBOBJETIVO 2.7

Contenido de la alegación:

El Departamento de Salud de Torrevieja encargó a la prestigiosa firma Deloitte, una de las big 4 mundiales en compañías de auditoría, la elaboración de un informe independiente sobre el cálculo de la TIR de la concesión de Torrevieja. Dicho informe además fue entregado a la Conselleria de Sanidad en fecha 20 de enero de 2017 (se adjunta registro del mismo). Según el mencionado informe, la TIR se movería en un intervalo del -2,28%, y el 2,23%, las variaciones entre un resultado y otro son en función de los escenarios de cálculo utilizados. Anexos 3 y 4 del informe.

ALEGACION 16:

APENDICE 4 DEL BORRADOR DEL INFORME, PAGINAS 57 A 63

Contenido de la alegación:

En relación a las observaciones del Comisionado:

a) Sobre los sistemas de información del concesionario.

b) Sobre las relaciones con el Comisionado. Nos ratificamos en que damos respuesta en los tiempos requeridos a todas las peticiones de información trasladadas desde la Unidad del Comisionado, salvo que la información solicitada sea imposible de obtener por la concesión, o también que sea información que no estemos obligados a suministrar a la lectura de los pliegos de condiciones, y en cualquier caso, en un sentido u otro, siempre se responde a la petición realizada.

c) Sobre los cupos de los facultativos. Las afirmaciones realizadas por el Comisionado ya son desmentidas en este mismo informe, esgrimiendo las causas de los mencionados cupos.

d) Sobre la titulación de los facultativos. Nos remitimos igualmente a las observaciones a este respecto contenidas en este mismo informe.

e) Sobre la imagen corporativa. Tal y como dice el propio informe, “el contrato vigente no contempla ninguna cláusula sobre obligaciones en materia de imagen corporativa”.

f) Sobre el control de la cápita. Las acciones de acreditación de población cápita se realizan de forma pública y transparente desde el inicio de la gestión del departamento en el año 2006, en colaboración con otras instituciones como Ayuntamientos de la comarca, INSS y oficinas de tramitación del DNI/NIE dependientes del Ministerio de Interior y siempre con el visto bueno de la Conselleria de Sanitat. Los puntos de acreditación se crearon precisamente para esta labor, y facilitan un servicio administrativo muy apreciado tanto por los propios ciudadanos como por los Ayuntamientos u otras instituciones en las que nos ubicamos.
Respecto a la “falta de diligencia en la tramitación de las bajas de titulares de tarjeta SIP que no se encuentran empadronados en el departamento” y más concretamente a que no depuramos la base de datos tras los cruces con el INE, reacreditando a los portadores de TSE empadronados incumpliendo las instrucciones del Servicio de Aseguramiento Sanitario. Tenemos que afirmar que actuamos SIEMPRE de conformidad con las instrucciones del cruce INE de diciembre de 2017 y la instrucción específica para el registro de la TSE de abril de 2015), la renovación de la acreditación de un paciente empadronado con TSE requiere la presencia física del ciudadano en uno de nuestros centros, la verificación de su situación de empadronamiento y la presentación de una TSE con vigencia en el momento de ser acreditado.
Se reconoce que la verificación del empadronamiento debe hacerse mediante la confirmación de la situación del ciudadano en el INE del ciudadano utilizando el aplicativo SVDRI o en su defecto con un certificado del padrón municipal reciente (de los últimos tres meses). Además, en el documento de novedades de la versión 7.1.0 SIP concretamente en el punto 3, se añade que también se puede registrar el empadronamiento de un usuario acreditado con TSE consultando SIP y comprobando si en el último cruce con el INE consta como empadronado en la Comunitat Valenciana. Es decir, que las posibilidades son más amplias que la que se menciona en el informe que las restringe a presentación de un certificado del padrón municipal.

g) Sobre la facturación de episodios de Urgencias. La facturación se realiza según lo establecido por la Conselleria. No entendemos las cuestiones que se plantean.

h) Sobre otros aspectos:

a. No se recoge en el acta de ninguna Comisión Mixta que el concesionario trate de obstaculizar el desarrollo de las sesiones, más bien todo lo contrario, pues nos levantamos de una Comisión Mixta porque en ella la Conselleria se había negado a incluir (pese a nuestra petición reiterada) el tratar aspectos derivados del cierre de las liquidaciones económicas con la Conselleria, aspecto este fundamental en el contrato y que es objeto de incumplimiento por parte de la propia Conselleria.

b. La información remitida anualmente sobre el plan de inversiones es siempre tan amplia como nos es requerida. La responsabilidad de no levantar acta de dimensionamiento es totalmente de la Conselleria, la cual asumió responsabilidad en Comisión Mixta de enviarnos las pertinentes instrucciones para el levantamiento de tal acta, no habiendo recibido el concesionario ninguna información a día de hoy. De hecho, hace escasas semanas nos han notificado un contrato de la Conselleria con un tercero para levantar dicha acta.

c. Autorizaciones derivaciones a centros privados. Ya alegado en punto anterior.

d. El contrato de concesión no contiene ninguna sanción por incumplimientos contractuales. Así es, tampoco contempla sanciones para el caso de que la Administración incumpla aspectos esenciales del contrato tales como el cierre de las liquidaciones anuales en los plazos establecidos.

e. Los equipos directivos han sido comunicados a la Conselleria y prestan servicio a un solo Departamento en exclusividad.

f. La concesión ha realizado una auditoría de la TIR con la prestigiosa firma Deloitte, perteneciente al BIG 4 mundial de empresas auditoras. Los resultados se han expuesto anteriormente.

g. La concesionaria ha solicitado en multitud de ocasiones el cierre de las liquidaciones de los años 2013 en adelante. Como se ha mencionado anteriormente, incluso personal de la concesionaria se levantaron de una Comisión Mixta porque en esta se nos negó tratar temas relativos al cierre de liquidaciones.

ALEGACION 17:

APRECIACIONES AL INFORME. COMPARATIVA INFORME MANISES.

Contenido de la alegación:

A mayor abundamiento en la comparación salarial y coste de personal entre el personal laboral de Torrevieja Salud y el personal estatutario, así como en aras de justificar la política de contratación ante la ratio extraída del borrador, se ha procedido a analizar la información laboral del informe de ***Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises de los ejercicios 2009 – 2015***, realizado también por esa Sindicatura de Comptes.

Para ello hemos tratado de replicar los mismos cuadros y datos utilizados para que de este modo exista homogeneidad y comparabilidad.

Del informe de Torrevieja, utilizaremos cuatro datos, la Cápita (**156.029**, en páginas 23 y 68 del Informe), el FTE medio de los facultativos atendiendo a turnos (en la documentación aportada a la auditoría), jornada efectiva anual (en el informe de alegaciones), y Coste Total de la plantilla (en la documentación aportada a la auditoría).

Coste de personal por empleado:

Es destacable que en el informe de Manises se realiza una comparativa respecto al Coste de personal por empleado, en las páginas 14-15 del documento, donde se muestra que Manises tiene un Coste Medio por empleado inferior al resto de hospitales de la Comunidad Valenciana. No obstante, realizando el mismo ejercicio para el año 2015 y 2016, observamos como en el caso de Torrevieja, el Coste Medio es superior en un **2.65%** al del Total de la CV.

Lo que denota que, si bien el coste medio por hora es ligeramente inferior al Total CV, en términos de Coste Medio por empleado, Torrevieja retribuye mejor que el Total de la CV y que el resto de la muestra del informe de Manises.

Coste Medio 2015	Coste Medio 2016	Coste Medio Empleado 2015					
Torrevieja	Torrevieja	Manises	Comarcal	Referencia 1	Referencia 2	Concesiones (personal Estatutario)	Total CV
50.168	**50.168**	**44.722**	**49.453**	**47.910**	**49.094**	**49.358**	**48.873**

2015			2016		
Numerador:	**Coste Total Plantilla**	57.914.055,05	**Numerador:**	**Coste Total Plantilla**	59.577.303,92
Denominador:	**Plantilla Media**	1.154,41	**Denominador:**	**Plantilla Media**	1.187,56
Resultado:	**Coste Medio plantilla**	**50.167,6**	**Resultado:**	**Coste Medio plantilla**	**50.167,7**

Retribuciones a los facultativos especialistas:

Tal y como se desprende del informe de Manises, hay un colectivo que está mejor retribuido que el resto, y son aquellos encuadrados dentro de los facultativos especialistas. En el II Convenio Colectivo de Torrevieja, se plantean una serie de conceptos retributivos que mejoran las percepciones de nuestros profesionales. Si bien contamos con un sistema de retribución variable muy competitivo, contamos con la ventaja de ofrecer a nuestros profesionales un plan de carrera y/o desarrollo profesional que complementa sus retribuciones fijas,

y que hemos indicado en el cuadro que se detalla a continuación para cuantificar las retribuciones y que sean comparables con la información contenida en el informe de Manises.

Es decir, el coste medio por hora de un facultativo de Torrevieja se sitúa de partida en un **5,83%** respecto al estatutario. Cabe destacar, además del concepto de incentivo variable, que el complemento de Carrera y Promoción profesional de Torrevieja está retribuido por encima del que percibe el personal estatutario. En el caso de médicos, un 50% a mayores.

Cuadro Retribuciones ejercicio 2016 (Facultativo Especialista)

		Grado 1	Grado 1
Retribuciones ejercicio 2016	Torrevieja	Laboral Manises	Estatutario
Retribución fija bruta anual	37.450	46.000	47.407
Antigüedad			1.140
Complemento de carrera y desarrollo profesional	4.500		3.122
Incentivo Variable*	18.889	5.244	
Total retribuciones	60.839	51.244	51.669
Jornada Anual (horas)	1.768	1.780	1.589
Retribución por hora	**34,41**	**28,79**	**32,52**
Var. s/Estatutario	5,83%	-11,46%	

Nota: El cálculo del Incentivo es el realmente el abonado a los facultativos especialistas en el periodo de 12 meses de 2016.

ANEXO II

Informe sobre las alegaciones presentadas

ANÁLISIS DE LAS ALEGACIONES EFECTUADAS AL BORRADOR DEL INFORME DE AUDITORÍA OPERATIVA DE LA CONCESIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TORREVIEJA. EJERCICIOS 2003-2016

Mediante escrito de 15 de octubre de 2018, se remitieron las alegaciones al borrador del Informe citado formuladas por **Torrevieja Salud UTE Ley 18/82 (en adelante el concesionario)**, y respecto a las mismas se señala lo siguiente:

Primera alegación

Comentarios:

El coste por hora del personal laboral debe corregirse para homogeneizar el criterio de cómputo de la jornada anual efectiva. Se detalla en la séptima alegación el número de trabajadores equivalentes a tiempo completo a turno rodado nocturno (TRN) y el resto de turnos y las correspondientes horas teóricas totales.

Consecuencias en el Informe:

Modificar en el apartado "Cifras y hechos clave" la ratio de coste laboral, que deberá reflejar 28,6 euros/hora.

Segunda alegación

Comentarios:

Tal como se indica en la nota explicativa del cuadro 2, la maximización del modelo de la función objetivo definido implica que se debe calificar como eficiente todo departamento que alcance un resultado 1, motivo por el cual se ha considerado oportuno precisar que no sólo el Departamento de Salud de Torrevieja es eficiente, sino que según nuestro análisis paramétrico, otros cinco departamentos también son eficientes (La Plana, València-Arnau, La Ribera, Marina Baixa, Manises y Elx-Crevillent), no pretendiendo esta Sindicatura jerarquizar los distintos departamentos de mayor a menor eficiencia.

El gráfico 1 pretende ofrecer una respuesta visual rápida sobre el posicionamiento de los distintos departamentos, mostrando información básica pero suficiente para que el lector pueda distinguir qué departamento ha alcanzado un mayor índice de consecución de objetivos con el menor coste. La descripción textual del posicionamiento de cada uno de los departamentos conllevaría alejarnos de algunos de los criterios de calidad que deben estar presentes en nuestros informes de fiscalización.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Tercera alegación

Comentarios:

El concesionario señala que las subcontrataciones de servicios que se han realizado en el seno del Hospital de Torrevieja han contado con la autorización, si no expresa, tácita de la Conselleria, conocedora en todo momento de que determinados servicios se estaban prestando con medios ajenos al concesionario.

El concesionario argumenta que los pliegos no exigen autorizaciones expresas y que el artículo 115 del TRLCAP únicamente establece como requisito para la celebración de los subcontratos, que la Administración conozca el contrato a celebrar, y no que esta lo autorice previamente. Añade el concesionario que la Administración no ha efectuado requerimiento alguno cuyo objeto fuera subsanar la falta de solicitud de las autorizaciones y que, de conformidad con la jurisprudencia señalada, ello confirma la concesión de la autorización de forma tácita.

Sin embargo, el concesionario no dice nada sobre si ha cursado las debidas solicitudes de autorización con independencia de que la Administración no las haya resuelto.

De acuerdo con nuestro servicio jurídico, la lectura de los artículos 115 del TRLCAP y 227.2 del TRLCSP nos lleva a la conclusión de que el deber de comunicación exige anticipación, señalamiento de la parte de la prestación que se subcontrata, identificación del subcontratista y justificación de su aptitud. Todo eso exige una comunicación previa de carácter expreso. Es decir, no puede aceptarse una aprobación tácita de la Administración sin que exista previamente una comunicación ajustada a los requisitos legales.

En cualquier caso, nuestro Informe recoge textualmente: “Según el concesionario, la Conselleria es conocedora en todo momento de los servicios que se están prestando con medios ajenos y considera que el silencio de la Administración equivale a la aceptación tácita”.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Cuarta alegación

Comentarios:

El concesionario considera demostrado que se ha remitido a la Conselleria la información de la que disponía sobre las inversiones realizadas y previstas en el Departamento de Salud de Torrevieja y que en cualquier caso, el carácter "limitado" o "insuficiente" de dicha información es atribuible a una falta de diligencia de la Conselleria al no haber exigido la información con un formato y detalle concreto, ni haber apercibido a la empresa concesionaria de que las informaciones facilitadas no le resultaban suficientes.

Concluye el concesionario que la falta de aprobación de los planes quinquenales presentados y, desde 2009, de los planes de inversión anuales, resulta exclusivamente atribuible a la propia Conselleria que, de acuerdo con lo previsto en el pliego de cláusulas administrativas particulares y en el pliego de prescripciones técnicas particulares, es quien ostenta dicha competencia.

Consideramos que las observaciones realizadas confirman lo ya señalado en nuestro borrador.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Quinta alegación

Comentarios:

Respecto la contratación del personal directivo, el concesionario señala que ha comunicado a la Conselleria de Sanitat la designación de este personal de forma verbal, y que la Administración admite expresamente esta forma de comunicación. Es por ello, que el concesionario estima que al no haberse recibido en ningún momento requerimiento por parte de la Administración a las comunicaciones por él efectuadas, debe entenderse que la Conselleria ha mostrado siempre su conformidad al respecto. Por esto el concesionario considera que ha obrado en todo momento de acuerdo con los principios de buena fe y de confianza legítima, y ello a razón de los propios actos de la Conselleria de Sanitat.

Consecuencias en el Informe:

Modificar el segundo párrafo del subobjetivo 2.6 que quedará redactado de la siguiente forma:

"Si bien el concesionario argumenta que no hay ningún incumplimiento contractual porque la Administración ha sido conocedora en todo

momento de la contratación del personal directivo, otorgando autorizaciones tácitas, esta Sindicatura recomienda que la Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria de la Conselleria de Sanitat complete la revisión iniciada por la unidad del comisionado para identificar si realmente los directivos del departamento están ubicados en el Hospital y si tienen dedicación exclusiva al mismo".

Sexta alegación

Comentarios:

El concesionario no comparte el criterio que ha expuesto la Sindicatura, pues considera que el legislador reconoce al órgano de contratación la facultad de interpretar los contratos y que la interpretación realizada está suficientemente soportada con el informe del Consell Jurídic Consultiu. Comparte lo que dictamina el Consell Jurídic Consultiu en su informe no vinculante del 19 de enero de 2012, por considerar que en un escenario de presupuestos deficitarios, atenta contra la buena fe contractual una revisión de la cápita fundamentada en los presupuestos iniciales de la Generalitat, pues podría quebrarse la igualdad de financiación de los servicios sanitarios en la concesión frente al del resto de departamentos.

La argumentación que despliega el Consell Jurídic Consultiu en su dictamen admite algunas objeciones:

a) Es cierto que el pliego permite distinguir entre un cálculo provisional y otro definitivo, pero no debe olvidarse que la cláusula 19 regula de manera expresa dicho sistema de doble cálculo, y en ningún momento alude a la necesidad de que para efectuar el cálculo definitivo se tenga en cuenta el gasto sanitario real de la Generalitat. Sin embargo, el pliego sí que se preocupa de mencionar el "gasto sanitario público consolidado del Estado". No nos parece, pues, que haya un defecto de redacción ni un olvido, pues la descripción del sistema de doble cálculo se realiza con el debido detalle, y se utilizan conceptos distintos para referirse al gasto sanitario de la Generalitat y al del Estado. En el caso de la Generalitat, lo fundamental son los "créditos presupuestarios aprobados por Ley de Presupuestos de la Generalitat Valenciana del año de que se trate", mientras que en el caso del Estado se hace referencia al "gasto sanitario público consolidado del Estado".

   Hay que tener en cuenta que la interpretación literal del contrato "es el primero de los parámetros a los que hay que acudir para conocer su alcance" (STS 645/2012, de 12 de noviembre), pues el criterio literal tiene carácter prevalente, por lo que los demás medios de interpretación sólo puede entrar en juego subsidiariamente, cuando el contrato carezca de la deseada claridad (STS 826/2010, de 17 de diciembre). En el caso de la contratación

administrativa, hay que tener en cuenta además que los pactos, cláusulas y condiciones contractuales deben adecuarse al interés público.

b) El Código Civil establece la nulidad de las condiciones potestativas dependientes exclusivamente de la voluntad del deudor, y así, en el artículo 1115 establece que *cuando el cumplimiento de la condición depende de la exclusiva voluntad del deudor, la obligación condicional será nula. Si dependiere de la suerte o de la voluntad de un tercero, la obligación surtirá todos sus efectos con arreglo a las disposiciones de este Código*. La razón de tal nulidad es que cuando el cumplimiento de la obligación depende exclusivamente de la voluntad del deudor, no existe, realmente, compromiso o vínculo jurídico. Está en consonancia con lo establecido en el artículo 1256 del Código Civil, que prohíbe dejar al arbitrio de uno de los contratantes la validez y cumplimiento de las obligaciones. Determina el artículo 1119 del Código Civil, por otra parte, que se tendrá por cumplida la condición cuando el obligado impidiese voluntariamente su cumplimiento.

   No nos parece que esta normativa sea aplicable al caso de que se trata, pues la Conselleria de Sanitat no es la que aprueba la Ley de Presupuestos de la Generalitat. Por lo demás, tanto la doctrina como la jurisprudencia distinguen entre la condición puramente potestativa, basada en la pura arbitrariedad, y la simplemente potestativa, en la que han de valorarse otros intereses e impulsos, de manera que rara vez la jurisprudencia haya apreciado la existencia de las primeras, inclinada como está a calificar como condición no invalidante aquella en que la voluntad del deudor dependa de un complejo de motivos e intereses que, actuando sobre ella, influyan en su determinación aunque sean confiados a la valoración exclusiva del interesado (Resolución de la Dirección General de los Registros de 25 de febrero de 1994 y STS de 3 de diciembre de 1993, entre otras).

c) En la cláusula de actualización de la prima concesional se refunde una doble finalidad. Por una parte, mantener la vigencia del equilibrio económico del contrato, como excepción a los principios de riesgo y ventura, precio cierto y *pacta sunt servanda*. Pero, como la propia cláusula 19 reconoce, hay otra finalidad, que va más allá de lo que es propio de la revisión de precios, pues lo que se pretende es impedir que los ciudadanos del Departamento de Torrevieja se vean en el futuro discriminados respecto del resto de la Comunitat Valenciana con unos menores recursos sanitarios. Por tanto, así como el establecimiento del límite mínimo del IPC, responde a la finalidad primera, la posibilidad de incrementar la prima por encima de dicho suelo, en función de la Ley de Presupuestos de la Generalitat, responde a la segunda finalidad apuntada. Por tanto, en el segundo caso, no se trata de mantener el equilibrio económico de

> la concesión, sino de facilitar una financiación adicional al concesionario que permita evitar la discriminación apuntada. Esta precisión resulta importante, pues el Consell Jurídic Consultiu basa su interpretación de la cláusula en muy buena medida en que *la concesión de servicios públicos está dominada por el criterio fundamental de su continuidad que exige el mantenimiento del equilibrio financiero*.

El concesionario insiste, en la línea del Consell Jurídic Consultiu, que la igualdad de trato de los usuarios exige que la financiación del servicio sea la misma tanto si se trata de usuarios de la concesión como si se trata de usuarios del sistema público, y para ello, es preciso no vincular la financiación a la consignación presupuestaria, sino al gasto real. En contra de esta interpretación, cabe apuntar además que el gasto para la Administración (la *cápita*) realmente no refleja el coste efectivo de la asistencia sanitaria prestada por el concesionario, puesto que dicha *cápita* remunera también otros conceptos, como es la inversión realizada y el beneficio empresarial.

A la vista de todo ello, consideramos que el dato a tomar en cuenta para la revisión de precios debe ser el de los créditos aprobados por la Ley de Presupuestos de la Generalitat, tal como literalmente establece el pliego.

Es preciso mencionar que con carácter previo al dictamen del Consell Jurídic Consultiu, el órgano de contratación inició en el año 2008 un expediente de modificación contractual, que entre otros aspectos, tenía como objetivo *proponer una cláusula de revisión de la prima que tome como base de referencia el importe del Presupuesto de la Generalitat Valenciana para gastos en asistencia sanitaria por habitante, y su revisión, en todo caso se adecue al "gasto real" de la Conselleria, que al final se produzca, de tal manera que se garantice la igualdad del gasto sanitario de todos los ciudadanos de la Comunidad Valenciana, y el equilibrio económico del concesionario, al no poner un límite máximo a la revisión de la prima, sino que esta se revisara conforme el crecimiento del gasto sanitario de la Conselleria*.

La Abogacía General de la Generalitat manifestó su disconformidad a esta propuesta de modificación contractual basándose en la prohibición expresa establecida en el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas[1].

En la línea que históricamente se han manifestado la Junta Consultiva de Contratación Administrativa del Estado[2] y la Junta Superior de

[1] Artículo 104.3 del TRLCAP. El índice o fórmula de revisión aplicados al contrato será invariable durante la vigencia del mismo y determinará la revisión de precios en cada fecha respecto de la fecha final de plazo de presentación de ofertas en la subasta y en el concurso y la de la adjudicación en el procedimiento negociado.

[2] Informe de 21 de diciembre de 1995, posteriormente reproducido en los de 17 de marzo de 1999, 5 de marzo de 2001, 12 de marzo de 2004, 24 de marzo de 2006 y 20 de junio de 2006 (expedientes 48/95, 47/98, 52/00, 59/00, 50/03, 07/06 y 18/06).

Contratación Administrativa de la Generalitat[3], la Abogacía General considera que debe limitarse las posibilidades de modificación de los contratos para no desnaturalizar el principio de concurrencia en las licitaciones públicas, y en particular porque se debe proteger a aquellos licitadores distintos a los adjudicatarios que podrían haber cambiado sus proposiciones económicas si hubieran sido conocedores de las modificaciones realizadas. Por último, añade la Junta que el adjudicatario tiene el conocimiento del pliego en el momento de presentar su oferta, y por tanto, debe conocer los derechos y obligaciones que asumía, entre ellos, el de la revisión de precios en los estrictos términos resultantes del pliego.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Séptima alegación

Comentarios:

La jornada anual media del personal laboral se estima en 1.755 horas anuales, descontando los días de libre disposición establecidos por convenio.

Consecuencias en el Informe:

Modificar el párrafo c) del apartado 3 de "Conclusiones", que quedará redactado de la siguiente forma:

"c) El coste medio por hora de trabajo efectivo del personal con contrato laboral en el Departamento de Salud de Torrevieja asciende a 28,6 euros, un 8,6% inferior al coste medio por hora del personal estatutario en el conjunto de los departamentos de salud (31,3 euros), debido a factores tales como la estructura retributiva, los índices de absentismo del personal, la estructura organizativa de mandos directivos e intermedios y la antigüedad media de la plantilla (ver subobjetivo 1.2 en el apéndice 3)".

Modificar el párrafo anterior al cuadro 9 del Informe, así como el propio cuadro, quedando redactado de la siguiente forma:

"El coste medio por hora de trabajo efectivo del personal con contrato laboral en el Departamento de Salud de Torrevieja asciende a 28,6 euros, un 8,6% inferior al coste medio por hora del personal estatutario en el conjunto de los departamentos de salud, 31,3 euros:

[3] Informe 3/2007 de 18 de octubre de 2007.

Cuadro 9. Coste medio por hora de trabajo efectivo en 2016

Torrevieja	Hospitales Comunitat Valenciana			
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total CV
28,6	30,9	31,6	31,6	31,3

Modificar la nota a pie de página número 8 de la página 24 que quedará redactada de la siguiente forma:

"Hemos estimado en 1.589 horas la jornada anual del personal estatuario (Decreto 38/2016, de 8 de abril, del Consell, por el que se modifica el Decreto 137/2003, de 18 de julio) y en 1.755 horas la jornada anual del personal laboral (según convenio colectivo aplicable)".

Octava alegación

Comentarios:

Nos señala el concesionario que el indicador de camas por 1.000 habitantes tiene un alcance limitado, debido a la gestión moderna del "recurso cama", pues existen numerosos factores que influyen en la determinación del objetivo. Entre estos factores, menciona que influyen la estancia media, el funcionamiento del hospital de día y la unidad de hospitalización a domicilio, de tal forma que se pueden reducir el número de procesos médicos que requieren ingreso.

Es cierto que existen factores de distinta índole que pueden justificar las variaciones de este indicador entre hospitales, como por ejemplo:

- El incremento y peso relativo de las nuevas modalidades asistenciales (cirugía ambulatoria, corta estancia, hospital de día, y hospitalización a domicilio) tendentes a que el ciudadano permanezca lo mínimo en el hospital. Este factor incide directamente y supone una limitación del indicador, pues el número de camas no representa adecuadamente la innovación asistencial de nuestro sistema sanitario.
- La efectividad en las rotaciones de camas (menos días de estancia por intervención).
- El *case mix* o complejidad de la cartera de servicios de cada hospital.
- La duración de los subprocesos intermedios necesarios en los procesos quirúrgicos.
- El grado de integración del Hospital con la atención primaria prestada en centros ambulatorios.

En cualquier caso, y a pesar de las justificaciones mencionadas, el número de camas hospitalarias proporciona una medida de la capacidad del sistema sanitario para proporcionar servicios a los pacientes

ingresados en los hospitales y se trata de un indicador ampliamente extendido y utilizado por todos los agentes económicos.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Novena alegación

Comentarios:

El concesionario argumenta que el mayor importe de gasto farmacéutico por paciente en el Departamento de Salud de Torrevieja es consecuencia de factores como el índice de carga de enfermedad, la complejidad en pacientes crónicos y la edad, así como la mayor proporción de población desplazada.

Esta argumentación ya figura en el párrafo anterior al cuadro 12 de nuestro Informe.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Décima alegación

Comentarios:

Nos señala el concesionario que no tiene constancia de cuáles son las características de la encuesta realizada y que la Conselleria de Sanitat no les ha trasladado los resultados.

Adicionalmente, aportan datos sobre otro estudio realizado en 2017, así como los resultados de su propia evaluación de la calidad. Dado que no disponemos de información detallada de cada uno de los departamentos de salud, no consideramos pertinente añadir estos datos al Informe.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Undécima alegación

Comentarios:

El indicador "Esfuerzo inversor en dotación tecnológica por habitante" se ha calculado a partir del inventario de equipos en alta tecnología sanitaria según el Catálogo Nacional de Hospitales, que incluye el número de equipos en funcionamiento a 31 de diciembre, sean o no

propiedad del departamento de salud y con independencia de que estén gestionados por empresas o particulares ajenos.

El indicador denominado "Esfuerzo inversor en alta tecnología por habitante" no compara la inversión real en términos de coste de construcción de inmuebles y coste de adquisición de equipos, sino que mide, en términos monetarios, la situación actual de equipos instalados, valorados todos ellos a precios actuales de mercado, con independencia de cómo y quién ha financiado la instalación de dichos equipos.

Por tanto, la finalización de los contratos de gestión de resonancias magnéticas o la financiación por un tercero de la adquisición de equipamiento, no altera el número de equipos disponibles en cada hospital.

Consecuencias en el Informe:

Modificar la nota a pie de página número 13, que quedará redactada de la siguiente forma:

"El indicador "Esfuerzo inversor en dotación tecnológica por habitante" mide, en términos monetarios, la situación actual de equipos instalados y utilizados (sean o no en propiedad), valorados todos ellos a precios actuales de mercado, con independencia de su antigüedad y de las características técnicas específicas (implícitamente hemos considerado que todos los equipos tienen la misma antigüedad y las mismas características técnicas). Este indicador no pretende comparar la inversión real en términos de coste de construcción de inmuebles y coste de adquisición de equipos".

Duodécima alegación

Comentarios:

El concesionario expone que debe excluirse de la comparación de la ratio de equipos/100.000 habitantes a aquellos equipos de los que no se puede dotar el servicio de radioterapia y de medicina nuclear sin autorización expresa para ello por parte de la Conselleria de Sanitat.

No compartimos el criterio expuesto por el concesionario puesto que si así lo hiciéramos estaríamos desnaturalizando el fin último del indicador diseñado, que es tener un indicador global de la inversión tecnológica disponible. Si definiéramos un indicador específico a las características de cada uno de los departamentos sería imposible tener una visión conjunta. En cualquier caso, en nuestro Informe hemos manifestado cuál sería el impacto en la comparativa de no incluir el acelerador de partículas, que es el equipo económicamente más costoso.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Decimotercera alegación

Comentarios:

El concesionario argumenta que el coste medio de las derivaciones es por el menor número de episodios derivados y porque los procedimientos derivados son más complejos que la media. Esta circunstancia está ya explicada en el Informe y el sistema de facturación intercentros definido en el contrato permite repercutir el coste entre departamentos de salud.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Decimocuarta alegación

Comentarios:

La Administración debe garantizar un adecuado funcionamiento del servicio público aunque sea gestionado de forma indirecta a través de una concesión administrativa. Los pliegos deben convertirse en una pieza clave para el control eficaz de la Administración sobre el concesionario, pues es en estos documentos donde deben recogerse las condiciones de prestación del servicio así como las obligaciones del concesionario y los mecanismos de inspección, vigilancias y control que debe establecer la Administración para comprobar el cumplimiento de las obligaciones impuestas.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Decimoquinta alegación

Comentarios:

El hecho de que el concesionario haya notificado a la Administración el resultado del informe pericial, encargado por el propio concesionario, no supone el cumplimiento de la obligación impuesta en los pliegos, que establece la necesidad de consensuar entre las partes un auditor externo para la revisión de la tasa interna de rentabilidad.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Decimosexta alegación

Comentarios:

Con carácter general, las observaciones realizadas por el concesionario pretenden matizar, justificar o rebatir las conclusiones manifestadas por el Comisionado. No se aporta documentación adicional relevante que alteren los resultados de nuestras propias comprobaciones.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.

Decimoséptima alegación

Comentarios:

El concesionario realiza un análisis comparativo de la retribución media de un facultativo especialista, incluyendo en el mismo las condiciones salariales del Departamento de Salud de Manises. Las conclusiones manifestadas no alteran los resultados de nuestras propias comprobaciones.

Consecuencias en el Informe:

Mantener la redacción del borrador del Informe.